

**BPP.UKI :ES-036-KGDMB-PK-IV-2018**



**BUKU PETUNJUK PRAKTIKUM**  
**KEPERAWATAN GAWAT DARURAT**  
**LANJUTAN 1**

**Disusun oleh :**

**Ns.Erita, S.Kep.,M.kep**

**Ns.Donni Mahendra,s.kep**

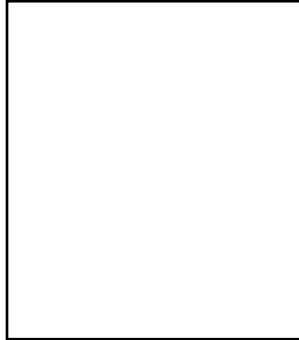
**Adventus MRL.Batu,SKM.,M.kes**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN**  
**FAKULTAS VOKASI**  
**UNIVERSITAS KRISTEN INDONESIA**  
**JAKARTA**  
**2018**



Prodi Diploma Tiga Keperawatan  
Fakultas Vokasi UKI

**BUKU PETUNJUK PRAKTIK LABORATORIUM  
MANAJEMEN GAWAT DARURAT LANJUTAN 1  
PRODI DIII KEPERAWATAN**



**NAMA** : .....  
**NIM** : .....  
**SMT/TA** : .....



## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena rahmat dan karuniaNya tim penyusun dapat menyelesaikan **Buku Petunjuk Praktik Laboratorium Mata Kuliah Manajemen Gawat Darurat Lanjutan 1 Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Fakultas Vokasi UKI.**

Buku Petunjuk Praktik Laboratorium Manajemen Gawat Darurat Lanjutan 1 sebagai lanjutan dari buku petunjuk manajemen gadar dan bencana ,ini dibuat untuk memberikan gambaran dan panduan kepada mahasiswa sehingga mahasiswa dapat memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dengan keterampilan dan pengetahuan keperawatan kegawatdaruratan yang memadai. Buku petunjuk ini diharapkan dapat menjadi acuan belajar bagi mahasiswa untuk mencapai kompetensi keperawatan gawatdarurat lanjutan 1.

Ucapan terimakasih kami ucapkan kepada seluruh tim Keperawatan Gawatdarurat Prodi Diploma Tiga Keperawatan Fakultas Vokasi UKI yang telah memberikan kontribusi dalam penyusunan buku panduan praktik laboratorium ini.

Kami menyadari bahwa Buku Petunjuk Praktik Laboratorium Keperawatan Gawat Darurat Lanjutan belum sempurna, oleh karena itu kami mohon masukan dan saran yang positif demi perbaikan buku petunjuk ini dimasa mendatang, semogabuku petunjuk ini dapat memberikan manfaat bagi mahasiswa.

Jakarta, September 2018

Tim Penyusun



## DAFTAR ISI

<b>Kata Pengantar .....</b>	<b>i</b>
<b>Daftar Isi .....</b>	<b>ii</b>
<b>Tata Tertib Praktik Laboratorium .....</b>	<b>1</b>
<b>Visi dan Misi Prodi DIII Keperawatan .....</b>	<b>2</b>
<b>Pendahuluan .....</b>	<b>3</b>
<b>Prosedur Tindakan</b>	
<b>1. Triase.....</b>	<b>4</b>
<b>2. Evakuasi.....</b>	<b>9</b>
<b>3. Initial Asesment.....</b>	<b>21</b>
<b>4. Secondary survey.....</b>	<b>28</b>
<b>5. Tindakan Pemasangan Cervical Collar.....</b>	<b>33</b>
<b>6. Tindakan Membebaskan Jalan Nafas .....</b>	<b>38</b>
<b>7. Tindakan Mengeluarkan Benda Asing Dari Jalan Nafas.....</b>	<b>42</b>
<b>8. Tindakan Pemasangan OPA.....</b>	<b>49</b>
<b>9. Tindakan Pemasangan NPA.....</b>	<b>55</b>
<b>10. Pemberian Oksigen Rebrithing.....</b>	<b>60</b>
<b>11. Pemberian Oksigen Non Rebrithing.....</b>	<b>64</b>
<b>12. Pemeriksaan EKG.....</b>	<b>70</b>
<b>13. Pemeriksaan AGD.....</b>	<b>75</b>
<b>14. Pengambilan Darah Vena.....</b>	<b>81</b>
<b>15. Pemasangan Infus.....</b>	<b>87</b>
<b>16. Persiapan Transfusi.....</b>	<b>96</b>
<b>17. Persiapan Intubasi.....</b>	<b>101</b>
<b>18. Tindakan Suction Oral/ Naso/ ETT.....</b>	<b>108</b>
<b>19. Tindakan Hecting Luka.....</b>	<b>115</b>
<b>20. Pemberian ATS (Anti Tetanus Serum).....</b>	<b>121</b>
<b>21. Tindakan Cricothyrotomie.....</b>	<b>125</b>
<b>22. Pemasangan NGT.....</b>	<b>130</b>
<b>23. Pemasangan Catheter.....</b>	<b>135</b>



<b>24. Tindakan chest tube .....</b>	<b>143</b>
<b>25. Persiapan X-Ray dan CT Brain, USG.....</b>	<b>148</b>
<b>26. Grade Pada Luka Bakar.....</b>	<b>152</b>
<b>27. Persiapan Operasi cito.....</b>	<b>161</b>
<b>28. Monitoring CVP.....</b>	<b>165</b>
<b>29. Ventilator Mekanik.....</b>	<b>172</b>
<b>30. Ekstubasi.....</b>	<b>173</b>





**TATA TERTIB PRAKTIK LABORATORIUM  
KEPERAWATAN GAWAT DARURAT LANJUTAN  
PRODI DIII KEPERAWATAN**

1. Mahasiswa harus berpenampilan rapih dan sopan.
  - a. Memakai seragam dengan atribut yang lengkap.
  - b. Rambut tidak boleh panjang/gondrong untuk laki-laki.
  - c. Rambut harus diikat dan menggunakan kap untuk perempuan.
  - d. Tidak memakai perhiasan / make up yang berlebihan.
  - e. Tidak memakai sandal.
2. Menggunakan name tag atau nama kartu identitas selama di laboratorium.
3. Mahasiswa harus mengikuti kegiatan praktik laboratorium 100%.
4. Mahasiswa harus membuat Laporan Pendahuluan (LP) sebelum praktik laboratorium.
5. Mahasiswa yang tidak membawa Laporan Pendahuluan (LP) tidak diperkenankan mengikuti praktik laboratorium.
6. Mahasiswa harus hadir tepat waktu selama mengikuti praktik laboratorium.
7. Mahasiswa tidak diperkenankan meninggalkan laboratorium kecuali pada jam istirahat.
8. Mahasiswa tidak diperkenankan makan dan minum di ruang laboratorium.
9. Mahasiswa tidak diperkenankan tidur-tiduran di tempat tidur pasien/ brankard.
10. Mahasiswa wajib mengisi absensi kehadiran awal sampai selesai.
11. Mahasiswa wajib merapikan alat-alat yang digunakan bila sudah selesai praktikum.



## **VISI DAN MISI PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**

### **VISI :**

” Menjadi program studi yang unggul dan kompeten dalam bidang keperawatan gawatdarurat di tingkat nasional berlandaskan Pancasila dan nilai-nilai kristiani pada tahun 2026”

### **MISI adalah:**

1. Menyelenggarakan pendidikan keperawatan dengan keunggulan kegawatdaruratan sesuai kurikulum KKNI.
2. Menyelenggarakan kegiatan penelitian dalam bidang keperawatan gawatdarurat sesuai dengan perkembangan Ipteks yang terpublikasi di jurnal nasional atau internasional.
3. Menyelenggarakan kegiatan pengabdian kepada masyarakat yang berkelanjutan dalam upaya pemberdayaan dan kemandirian masyarakat di bidang keperawatan.
4. Menjalin kerja sama dengan instansi terkait di tingkat nasional maupun internasional yang berkesinambungan.





## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang


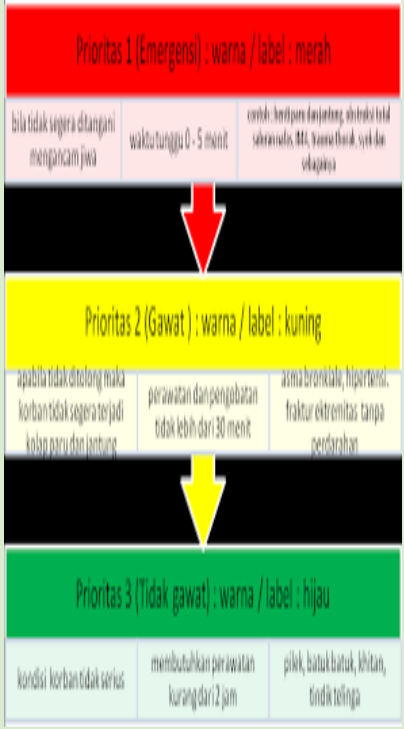
Keperawatan Gawatdarurat merupakan salah satu mata kuliah yang terdapat dalam kurikulum Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Fakultas Vokasi UKI. Pedoman ini dibuat sebagai acuan untuk melakukan praktik di laboratorium yang digunakan untuk meningkatkan keterampilan mahasiswa dalam melakukan asuhan keperawatan kegawatdaruratan.




Setelah mengikuti praktikum laboratorium keperawatan gawatdarurat lanjutan ini, mahasiswa diharapkan mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang mempunyai masalah yang mengancam kehidupan, serta menjaga dan meningkatkan kestabilan kondisi pasien. Pada mata kuliah ini mahasiswa melakukan tindakan prosedur secara komprehensif, mengevaluasi kondisi pasien dan memberikan perawatan dengan cepat tepat dan akurat dengan peningkatan *skill* selama melakukan praktik laboratorium. Mata kuliah keperawatan gawatdarurat merupakan unggulan dari Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Fakultas Vokasi Universitas Kristen Indonesia, sehingga mahasiswa diharapkan bisa menerapkan dan mempraktekkan asuhan keperawatan kegawatdaruratan terhadap pasien.


### B. Tujuan

Tujuan Buku Petunjuk Praktikum Laboratorium ini dibuat adalah agar mahasiswa mampu memberikan asuhan keperawatan kegawatdaruratan dan kritis pada pasien dengan gangguan sistem tubuh secara komprehensif, tepat dan dengan *skill* yang memadai.

## Triage

<b>Definisi</b>	<p>Triage adalah suatu cara untuk menseleksi atau memilah korban berdasarkan tingkat kegawatan. Menseleksi dan memilah korban tersebut bertujuan untuk mempercepat dalam memberikan pertolongan terutama pada para korban yang dalam kondisi kritis atau emergensi sehingga nyawa korban dapat diselamatkan.</p>	
<b>Tujuan</b>	<p><b>A. Tujuan Umum</b></p> <p>Tujuan umum adalah : Setelah mengikuti pembelajaran praktik klinik, diharapkan Anda mampu untuk melakukan triage gawat darurat pada berbagai kasus.</p> <p><b>B. Tujuan Khusus</b></p> <p>Tujuan khusus adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mampu melakukan pengkajian dalam triage</li> <li>2. Mampu menetapkan masalah dalam triage</li> <li>3. Mampu menentukan prioritas ancaman dalam triage</li> <li>4. Mampu menentukan perencanaan tindakan keperawatan dalam triage</li> </ol>	
<b>Indikasi</b>	<p>Dalam prinsip triase diberlakukan system prioritas, prioritas adalah penentuan/penyeleksian mana yang harus didahulukan mengenai</p>	

	<p>penanganan yang mengacu pada tingkat ancaman jiwa yang timbul dengan seleksi pasien berdasarkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ancaman jiwa yang dapat mematikan dalam hitungan menit.</li> <li>2) Dapat mati dalam hitungan jam.</li> <li>3) Trauma ringan.</li> <li>4) Sudah meninggal.</li> </ol>	
<b>Kontraindikasi</b>	Tidak ada	
<b>Hal-hal yang perlu diperhatikan</b>	<p>Dalam penilaian korban</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Menilai tanda vital dan kondisi umum korban</li> <li>2) Menilai kebutuhan medis</li> <li>3) Menilai kemungkinan bertahan hidup</li> <li>4) Menilai bantuan yang memungkinkan</li> <li>5) Memprioritaskan penanganan definitive</li> <li>6) Tag Warna</li> </ol>	
<b>Masalah Keperawatan yang terkait</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketidak efektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan sumbatan jalan nafas</li> <li>2. gangguan pertukaran gas</li> </ol>	 <p>Sumber : Novita, 2019,</p>

<b>Referensi</b>	Laporan Prosedur Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana	 Sumber : Zaid, 2019,
------------------	--	---

## PROSEDUR TINDAKAN TRIAGE

Nama : .....

NIM : .....

No	K o m p o n e n	Nilai	
		Ya	Tidak
<b>A</b>	<b>PENGKAJIAN</b> 1. Apakah pasien mengalami masalah pada <i>airway, breathing, circulation, disability, exposure</i> . 2. Kaji identitas dan tingkat kesadaran pasien 3. Menetapkan prioritas korban dan merencanakan tindakan		
<b>B</b>	<b>PERENCANAAN</b> <b>Persiapan alat.</b> 1. Sarung tangan bersih 2. Gelang <i>Triage</i> <b>Persiapan pasien</b> 1. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan dan tujuan tindakan		
<b>C</b>	<b>IMPLEMENTASI</b> 1. Tanyakan identitas pasien 2. Perhatikan/amati keadaan umum pasien. Yang perlu dikaji adalah kesadaran pasien, apakah pasien dalam kondisi sadar penuh ( <i>composmentis</i> ), apatis, delirium, somnolent, stupor, koma. 3. Menetapkan prioritas korban dan merencanakan tindakan		
<b>D</b>	<b>EVALUASI</b> 1. Pastikan menetapkan prioritas korban dengan tepat 2. Merencanakan tindakan sesuai prioritas		
<b>E</b>	<b>DOKUMENTASI</b> 1. Waktu pelaksanaan 2. Respon pasien 3. Nama perawat yang melaksanakan tindakan		



**Rekomendasi Pembimbing :**




.....  
.....

**Nilai :**

**Jakarta, .....  
Pembimbing**

**(.....)**

## EVAKUASI

<b>Definisi</b>	<p>Evakuasi korban merupakan kegiatan memindahkan korban dari lokasi kejadian menuju ke tempat aman, hingga akhirnya korban mendapatkan perawatan dan pengobatan lebih lanjut.</p>	
<b>Tujuan</b>	<p>Menyelamatkan nyawa penderita/korban yang masih hidup dan memindahkan penderita/korban yang sudah tidak bernyawa</p>	 <p><i>Menarik dengan selimut (blanket drag)</i></p>
<b>Indikasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ada bahaya langsung terhadap korban, seperti : kebakaran/bahaya ledakan, bangunan yang tidak stabil, mobil terbalik yang mungkin akan terbakar, kerumunan massa yang resah, ada material berbahaya, tumpahan minyak, cuaca ekstrem, dan</li> </ol>	 <p><i>Mengusung melalui lorong sempit (fire fighter drag)</i></p>

	<p>sebagainya.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memperoleh jalan masuk menuju korban lainnya</li> <li>Tindakan penyelamatan nyawa seperti RJP perlu memindahkan dan mereposisi korban (kasus henti jantung).</li> </ol>	 <p><i>Gendong punggung (piggy back carry)</i></p>  <p><i>Mengangkat depan/memapah (cradle carry)</i></p>
<b>Kontra indikasi</b>	Pasien Menolak	
<b>Hal-hal yang perlu diperhatikan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Memikirkan kesulitan memindahkan sebelum mencobanya</li> <li>Jangan mencoba mengangkat dan menurunkan korban jika tidak dapat mengendalikannya</li> <li>Selalu memulai dari posisi</li> </ol>	 <p><b>II. Pertolongan 2 orang</b> • Posisi tangan</p>



- seimbang dan tetap jaga keseimbangan
2. Merencanakan pergerakan sebelum mengangkat
3. Berdiri dengan kedua kaki sedikit merenggang
4. Menggunakan tumpuan kaki (paha) untuk mengangkat
5. Mengupayakan untuk memindahkan baban serapat mungkin dengan tubuh penolong
6. Melakukan gerakan secara menyeluruh, serentak dan mengupayakan agar bagian tubuh saling menopang
7. Mengurangi jarak atau tinggi yang harus dilakukan korban jika dapat dilakukan
8. Memperbaiki posisi dan mengangkat secara bertahap korban atau menjaga kelurusan tulang




## Masalah

### Keperawatan yang terkait

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan sumbatan jalan napas
2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan *tension pneumothorax*
3. Gangguan pola napas berhubungan dengan fraktur basis cranii
4. Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan perdarahan
5. Gangguan perfusi jaringan *cerebral* berhubungan dengan peningkatan tekanan *intra cranial*
6. Gangguan termoregulasi berhubungan dengan *contusio, laserasi, trauma capitis*
7. Nyeri berhubungan dengan trauma
8. Gangguan eliminasi uri berhubungan penurunan kesadaran
9. Penurunan curah jantung berhubungan dengan gangguan pada *arteri coroner*
10. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan diskontinuitas jaringan



Sumber : Novita, 2019,

<b>Referensi</b>	Laporan Prosedur Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana	 Sumber : Zaid, 2019,
------------------	---	--

## TINDAKAN EVAKUASI

**Nama** : .....

**NIM** : .....

No	K o m p o n e n	Nilai	
		Ya	Tidak
<b>A</b>	<b>PENGKAJIAN</b>  1. Apakah pasien dicurigai atau diketahui mengalami injury servikal, injury kepala atau leher.  2. Kaji tingkat kesadaran pasien  3. Kaji adanya fraktur terbuka/tertutup		
<b>B</b>	<b>PERENCANAAN</b>  <b>Persiapan alat.</b> 1. Sarung tangan bersih 2. <i>Long spinal board</i>  <b>Persiapan pasien</b> 1. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan dan tujuan tindakan		
<b>C</b>	<b>IMPLEMENTASI</b>  Teknik Evakuasi  1. Tarikan Lengan  Posisikan tubuh penolong di atas kepala penderita. Kemudian masukkan lengan di bawah ketiak penderita dan pegang lengan bawah penderita. Selanjutnya silangkan kedua lengan penderita di depan dada dan tarik penderita menuju tempat aman. Hat-hati terhadap kaki penderita yang mungkin akan membentur benda di sekitar lokasi kejadian.		



## 2. Tarikan Bahu

Cara ini berbahaya bagi penderita cedera spinal (tulang belakang dari tulang leher sampai tulang ekor). Posisikan penolong berlutut di atas kepala penderita. Masukkan kedua lengan di bawah ketiak penderita kemudian tarik ke belakang.

## 3. Tarikan Baju

Pertama ikat kedua tangan penderita di atas dada menggunakan kain (pembalut). Kemudian cengkram baju penderita di daerah baju dan tarik di bawah kepala penderita untuk penyokong dan pegangan untuk menarik penderita ke tempat aman.

## 4. Tarikan Selimut

Apabila penderita telah berbaring di atas selimut atau sejenisnya, maka lipat bagian selimut yang berada di bagian kepala penderita lalu tarik penderita ke tempat yang aman. Supaya penderita tidak bergeser dari atas selimut, maka dapat dibuat simpul di ujung selimut bagian kaki penderita.



#### 5. Tarikan Menjulung

Cara ini umumnya digunakan oleh petugas pemadam kebakaran yaitu dengan menggendong penderit di belakang punggung penolong dengan cara mengangkat lalu membopong penderit






#### Pemindahan Biasa (Tidak Darurat)

Pemindahan biasa (tidak darurat) dapat dilakukan ketika :

1. Penilaian awal (penilaian dini dan penilaian fisik) sudah dilakukan.
2. Denyut nadi dan pernafasan stabil.
3. Perdarahan sudah dikendalikan.
4. Tidak ada cedera leher.
5. Semua patah tulang sudah diimobilisasi.

Contoh pemindahan biasa (tidak darurat) :

	<p>1. Teknik Angkat Langsung</p> <p>Teknik ini dilakukan oleh 3 (tiga) orang terutama pada penderita yang memiliki berat badan tinggi dan atau jika tandu tidak di dapat di lokasi kejadian.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ketiga penolong berlutut di sisi penderita yang paling sedikit mengalami cedera.</li> <li>o Penolong pertama menyisipkan satu lengan di bawah leher dan bahu lengan penderita, kemudian lengan satunya disisipkan di bawah punggung penderita.</li> <li>o Penolong ke dua menyisipkan lengannya di bawah punggung dan bokong penderita.</li> <li>o Penolong ke tiga satu lengan disisipkan di bawah bokong penderita dan lengan satunya di bawah lutut penderita.</li> <li>o Penderita siap diangkat dengan satu aba-aba.</li> </ul>  <ul style="list-style-type: none"> <li>o Angkat penderita di atas lutut ketiga penolong secara bersamaan. Jika terdapat tandu, maka penolong lain menyiapkan tandu di bawah penderita kemudian meletakkan penderita di atas tandu dengan satu aba-aba.</li> </ul>		
--	--	--	--





- Jika tidak terdapat tandu untuk pemindahan penderita, maka miringkan penderita di atas dada ketiga penolong kemudian ketiga penolong berdiri bersama-sama dengan satu aba-aba.



- Ketiga penolong memindahkan penderita dengan melangkah bertahap dengan satu aba-aba.

## 2. Pemindahan Dengan Tanduk

Dilakukan oleh 2 (dua) penolong.

- Kedua penolong berjongkok di masing-masing ujung tanduk menghadap ke arah yang sama (ujung kaki penderita sebagai arah depan).
- Penolong memposisikan kaki pada jarak yang tepat kemudian menggenggam pegangan tanduk dengan erat.
- Punggung lurus, kepala menghadap ke depan dengan posisi netral.
- Kencangkan otot punggung dan perut penolong dan



	<p>angkat tandu dengan satu aba-aba.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Pindahkan penderita ke tempat yang aman dengan satu aba-aba.</li><li>○ Turunkan penderita secara hati-hati dengan mengulang langkah-langkah di atas secara mundur (berkebalikan).</li></ul> <p>3. Teknik Angkat Anggota Gerak</p> <p>Dilakukan oleh 2 (dua) orang penolong.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Masing-masing penolong berjongkok berhadap-hadapan, penolong pertama di ujung kepala penderita, penolong kedua di antara kaki penderita.</li><li>○ Penolong pertama mengangkat kedua lengan penderita dengan kedua tangannya.</li><li>○ Penolong ke dua mengangkat kedua lutut penderita.</li><li>○ Kedua penolong berdiri secara bersamaan dengan satu aba-aba dan mulai memindahkan penderita ke tempat aman.</li></ul>		
<b>D</b>	<b>EVALUASI</b>  1. Pastikan pasien dalam keadaan aman & tidak ada cedera lanjutan		
<b>E</b>	<b>DOKUMENTASI</b>  1. Waktu pelaksanaan 2. Respon pasien 3. Nama perawat yang melaksanakan tindakan		

**Rekomendasi Pembimbing :**

.....

.....


Nilai :

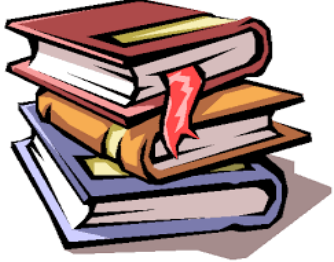
Jakarta, .....  
Pembimbing

(.....)

## INITIAL ASSESMENT SURVEY PRIMARY

<b>Definisi</b>	Tindakan penilaian secara cepat fungsi vital penderita berdasarkan prioritas, diikuti resusitasi dan stabilisasi.	 <p><b>Primary Survey – Pitfalls</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Airway</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Occult injury</li> <li>• Progressive injury</li> <li>• Failure to anticipate a difficult airway</li> </ul> </li> <li><b>Breathing</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unstable exam and CXR findings</li> <li>• Hypoventilation – chest injury</li> <li>• Respiratory failure – spinal injury</li> </ul> </li> <li><b>Circulation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Failure to control haemorrhage</li> <li>• Elderly, paediatric, pregnant</li> <li>• Medication – eg beta blockers</li> </ul> </li> <li><b>Disability</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Progressive deterioration</li> <li>• Best care for TBI is attention to ABCs</li> </ul> </li> </ul>
<b>Tujuan</b>	<p>Untuk mengetahui secara cepat kondisi korban</p> <p>Untuk dapat memberikan penanganan yang cepat pada korban yang mengalami kondisi yang mengancam kehidupan</p>	
<b>Indikasi</b>	Pasien yang mengalami trauma dan non trauma.	 <p><b>Primary Survey – Pitfalls</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Airway</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Occult injury</li> <li>• Progressive injury</li> <li>• Failure to anticipate a difficult airway</li> </ul> </li> <li><b>Breathing</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unstable exam and CXR findings</li> <li>• Hypoventilation – chest injury</li> <li>• Respiratory failure – spinal injury</li> </ul> </li> <li><b>Circulation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Failure to control haemorrhage</li> <li>• Elderly, paediatric, pregnant</li> <li>• Medication – eg beta blockers</li> </ul> </li> <li><b>Disability</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Progressive deterioration</li> <li>• Best care for TBI is attention to ABCs</li> </ul> </li> </ul>
<b>Kontraindikasi</b>	Pasien Menolak	
<b>Hal-hal yang perlu diperhatikan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hati-hati Fraktur basis crania</li> <li>• Pada pasien trauma waspada terhadap gangguan/masalah breathing yang cepat dapat menyebabkan kematian.</li> </ul>	

<p><b>Masalah Keperawatan yang terkait</b></p>	<p>Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan sumbatan jalan napas</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan <i>tension pneumothorax</i></li> <li>3. Gangguan pola napas berhubungan dengan fraktur basis cranii</li> <li>4. Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan perdarahan</li> <li>5. Gangguan perfusi jaringan <i>cerebral</i> berhubungan dengan peningkatan tekanan <i>intra cranial</i></li> <li>6. Gangguan termoregulasi berhubungan dengan <i>contusio, laserasi, trauma capitis</i></li> <li>7. Nyeri berhubungan dengan trauma</li> <li>8. Gangguan eliminasi uri berhubungan penurunan kesadaran</li> <li>9. Penurunan curah jantung berhubungan dengan gangguan pada <i>arteri coroner</i></li> <li>10. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan diskontinuitas jaringan</li> </ol>	 <p>Sumber : Novita, 2019,</p>
--	--	---

<b>Referensi</b>	Laporan Prosedur Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana	 Sumber : Zaid, 2019,
------------------	--	---

## TINDAKAN INITIAL ASSESMENT SURVEY PRIMARY

Nama : .....

NIM : .....

No	K o m p o n e n	Nilai	
		Ya	Tidak
<b>A</b>	<b>PENGKAJIAN</b> 1. Apakah pasien dicurigai atau diketahui mengalami injury servikal, injury kepala atau leher. 2. Kaji tingkat kesadaran pasien 3. Kaji adanya suara nafas tambahan snoring/ngorok (obstruksi oleh lidah)		
<b>B</b>	<b>PERENCANAAN</b> <b>Persiapan alat.</b> 1. Sarung tangan bersih dan masker  <b>Persiapan pasien</b> 1. Amankan Pasien dan lingkungan 2. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan dan tujuan tindakan		
<b>C</b>	<b>IMPLEMENTASI</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amankan pasien dan penolong dari bahaya lingkungan</li> <li>• Penolong memasang APD (Jika memungkinkan)</li> <li>• Kaji respon atau kesadaran dengan Sapa atau panggil korban dengan suara yang keras “ pak!, Pak!...Apa anda baik – baik saja ? lalu Tepuk atau goyang tubuh korban</li> </ul> 1. Kaji kepatenan airway (saluran pernafasan pasien) dengan melakukan: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Lihat:               <ul style="list-style-type: none"> <li>· Apakah ada benda asing di mulut korban?</li> <li>· Apakah ada penyumbatan jalan napas</li> <li>· Adakah pergerakan dada – perut waktu bernafas</li> <li>· Lihat apakah bibir sianosis?</li> </ul> </li> </ul>		

	<p>b. Dengar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Suara nafas korban, apakah normal? Adakah suara nafas tambahan: snoring, gurgling, stridor, suara paru?adakah suara nafas hilang?</li> </ul> <p>c. Raba</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Dekatkan pipi penolong dengan hidung-mulut korban, Apakah terasa hembusan nafas korban dari hidung/mulut</li> </ul> <p>2. Kaji kemampuan bernafas (breathing) dengan melakukan:</p> <p>d. Lihat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Pergerakan nafas korban, adakah apnoe atau takhipnoe?</li> <li>· Adakah pergerakan dada – perut waktu bernafas?</li> <li>· Hitung frekuensi pernafasan korban.</li> <li>· Adakah sianosis?</li> <li>· Adalah jejas di dada?</li> </ul> <p>e. Dengar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Tempelkan pipi penolong ke hidung korban, sambil mendengarkan suara nafas korban, apakah normal, menurun, menghilang, atau suara nafas tambahan</li> </ul> <p>f. Raba</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Apakah ada hawa ekspirasi?</li> <li>· Palpasi dada korban apakah ada udema torak, nyeri tekan.</li> </ul> <p>3. Kaji kondisi sirkulasi darah korban dengan melakukan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Raba nadi arteri carotis, rasakan denyutannya, jika tidak teraba maka lakukan resusitasi jantung-paru.</li> <li>2. Raba nadi arteri radialis, hitung frekuensinya, tachicardia atau tidak</li> <li>3. Raba ekstremitas, terasa dingin atau tidak?</li> <li>4. Lihat apakah ada luka dan perdarahan yang banyak.</li> </ol> <p>Kaji tingkat kesadaran dan status neurologis korban dengan melakukan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alert, Verbal respon, Pain respon, Unresponse</li> <li>2. Lihat respon pupil korban</li> <li>3. Lihat anggota gerak apakah mengalami kelumpuhan?</li> </ol> <p>Kaji kondisi cedera tambahan (exposure) dengan melakukan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gunting Pakaian dan lihat jejas</li> <li>b. Lakukan Posisi Log Roll (nilai bagian belakang), jika ada fraktur cervikal, minta bantuan orang lain</li> </ol>		
--	---	--	--

	<p>c. Catat kelainan yg ditemukan terutama yg mengancam</p> <p>d. Cegah hipotermia</p> <p>5. Pakaikan selimut hangat</p> <p>Buat keputusan apakah korban dalam kategori:</p> <p>a. Kritis (Critical): Cardiac arrest, Respiratory Arrest</p> <p>b. Tidak stabil (Unstable): Kesulitan bernafas dan jalan nafas tidak paten, trauma kepala dan dada yang berat, shock, nyeri dada yang hebat, fraktur tulang panjang, diduga meningitis, luka tusuk pada dada, leher, abdomen dan genitalia, Penurunan kesadaran, Luka bakar &gt; 10% (orang dewasa), Luka bakar &gt; 5% (anak-anak)</p> <p>c. Resiko tidak stabil (Potential Unstable): Trauma yang serius, injuri yang tersembunyi, injuri ekstremitas dengan kerusakan saraf dan sirkulasi</p> <p>d. Stabil (Stable): Injuri yang kecil (minor) dengan tanpa perdarahan yang banyak, tidak ada kerusakan saraf dan sirkulasi, tidak ada tanda-tanda shock, tidak ada komplikasi lainnya</p>		
<b>D</b>	<p><b>EVALUASI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Untuk korban yang kritis dan tidak stabil segera ditransportasi dan diobati, dilakukan pencatatan tanda-tanda vital. Bila kondisi korban telah stabil maka dilakukan survey sekunder</li> <li>• Untuk korban yang resiko tidak stabil dan stabil, dilakukan pencatatan tanda-tanda vital, dan survey sekunder.</li> </ul>		
<b>E</b>	<p><b>DOKUMENTASI</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Waktu pelaksanaan</li> <li>2. Respon pasien</li> <li>3. Nama perawat yang melaksanakan tindakan</li> </ol>		





**Rekomendasi Pembimbing :**

.....

.....


**Nilai :**

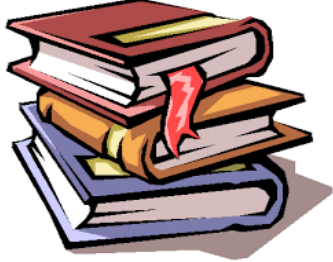
**Jakarta, .....  
Pembimbing**

**(.....)**

## ***INITIAL ASSESMENT SECONDARY SURVEY***

<b>Definisi</b>	Tindakan penilaian lanjutan setelah survei primer yang dilakukan secara menyeluruh.	
<b>Tujuan</b>	Untuk mencari cedera yang mengancam jiwa atau dapat menyebabkan kecacatan	
<b>Indikasi</b>	Pasien yang mengalami trauma dan non trauma.	
<b>Kontraindikasi</b>	Pasien Menolak	
<b>Hal-hal yang perlu diperhatikan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Hati-hati Fraktur basis crania</li> <li>✓ Pada pasien trauma waspada terhadap gangguan/masalah breathing yang cepat dapat menyebabkan kematian.</li> </ul>	

<p><b>Masalah Keperawatan yang terkait</b></p>	<p>Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan sumbatan jalan napas</p> <p>12. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan <i>tension pneumothorax</i></p> <p>13. Gangguan pola napas berhubungan dengan fraktur basis cranii</p> <p>14. Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan perdarahan</p> <p>15. Gangguan perfusi jaringan <i>cerebral</i> berhubungan dengan peningkatan tekanan <i>intra cranial</i></p> <p>16. Gangguan termoregulasi berhubungan dengan <i>contusio, laserasi, trauma capitis</i></p> <p>17. Nyeri berhubungan dengan trauma</p> <p>18. Gangguan eliminasi uri berhubungan penurunan kesadaran</p> <p>19. Penurunan curah jantung berhubungan dengan gangguan pada <i>arteri coroner</i></p> <p>20. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan diskontinuitas jaringan</p>	 <p>Sumber : Novita, 2019,</p>
--	---	--

<b>Referensi</b>	Laporan    Prosedur    Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana	 Sumber : Zaid, 2019,
------------------	---	---

## TINDAKAN *INITIAL ASSESMENT SECONDARY SURVEY*

Nama : .....

NIM : .....

No	K o m p o n e n	Nilai	
		Ya	Tidak
<b>A</b>	<b>PENGKAJIAN</b>  1. Anamnesa AMPLE ( <i>Alergi, Medication, Past Illness, Last Meal, Event</i> ) 2. <i>Head to toe, finger in every orifice</i> 3. TTV, tatalaksana Devinitife, dokumentasi dan <i>informed concern</i> 4. Persiapan rujukan		
<b>B</b>	<b>PERENCANAAN</b> <b>Persiapan alat.</b> 1. Sarung tangan bersih dan masker <b>Persiapan pasien</b> 1. Amankan Pasien dan lingkungan 2. Kondisi pasien dipertahankan stabil		
<b>C</b>	<b>IMPLEMENTASI</b> 1. Lakukan anamnsesta tentang keluhan utama pasien dari aspek: 1. <i>P - Provocation</i> 2. <i>Q - Quality</i> 3. <i>R - Region / Referral / Recurrence / Relief</i> 4. <i>S – Severity</i> 5. <i>T - Time</i> 2. Lakanmnese tentang riwayat penyakit korban dari aspek: 1. <i>A = Allergic/Riwayat Alergi</i> 2. <i>M = Medication/Obat Yang Telah Atau Sedang Dikonsumsi Oleh Korban</i> 3. <i>P = Past Illnes (Penyakit Dahulu)/Pregnancy(Kehamilan)</i> 4. <i>L = Last Meal/Makanan Yang Dikonsumsi Terakhir</i>		



	5. E = <i>Event/Environt</i> (Lingkungan) Yang Berhubungan Dengan Kejadian Perlukaan 3. Lakukan pemeriksaan fisik <i>head to toe</i>		
<b>D</b>	<b>EVALUASI</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• TTV, tatalaksana Devinitife, dokumentasi dan <i>informed concern</i></li><li>• Persiapan rujukan</li></ul>		
<b>E</b>	<b>DOKUMENTASI</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Waktu pelaksanaan</li><li>2. Respon pasien</li><li>3. Nama perawat yang melaksanakan tindakan</li></ol>		

**Rekomendasi Pembimbing :**

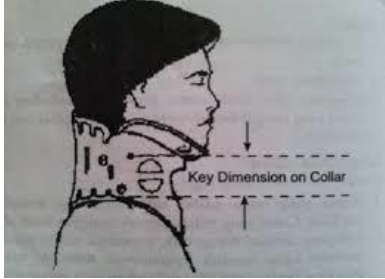

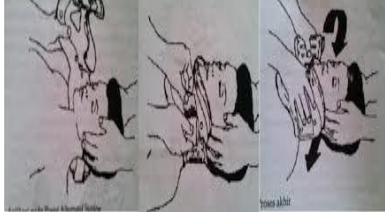
.....  
.....

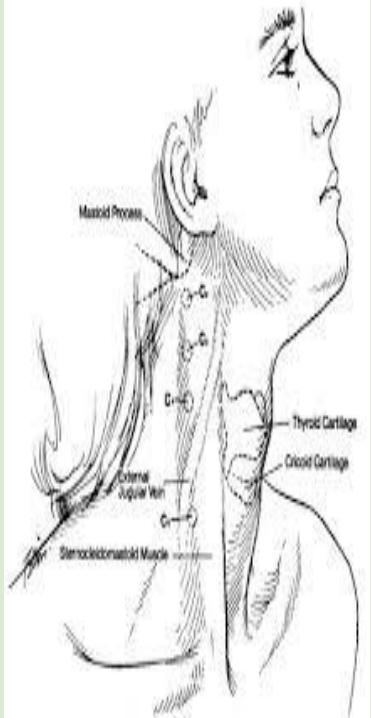
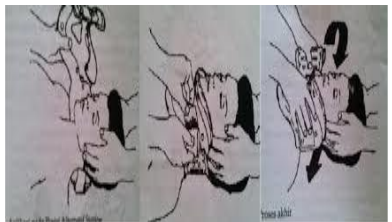

**Nilai :**

**Jakarta, .....  
Pembimbing**


**(.....)**

## TINDAKAN PEMASANGAN *CERVICAL COLLAR*

<b>Definisi</b>	<p>Pemasangan neck collar adalah memasang alat neck collar untuk immobilisasi leher (mempertahankan tulang servikal). Salah satu jenis collar yang banyak digunakan adalah SOMI Brace (<i>Sternal Occipital Mandibular Immobilizer</i>). Namun ada juga yang menggunakan <i>X-collar Extrication Collar</i> yang dirancang untuk mobilisasi (pemindahan pasien dari tempat kejadian kecelakaan ke ruang medis). Namun pada prinsipnya cara kerja dan prosedur pemasangannya hampir sama.</p>	 <p>Sumber : Ame, 2017</p>
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencegah pergerakan tulang servik yang patah (proses imobilisasi serta mengurangi kompresi pada radiks saraf)</li> <li>2. Mencegah bertambahnya kerusakan tulang servik dan spinal cord</li> <li>3. Mengurangi rasa sakit</li> <li>4. Mengurangi pergerakan leher selama proses pemulihan</li> </ol>	 <p>Sumber : Ame, 2017</p>
<b>Indikasi</b>	<p>Digunakan pada pasien yang mengalami trauma leher, fraktur tulang servikal.</p> <p><i>C collar</i> di pasang untuk pasien 1 kali pemasangan. Penggunaan ulang <i>C Collar</i> tidak sesuai dengan standar kesehatan dan protap.</p>	 <p>Sumber : Ame, 2017</p>

<b>Kontraindikasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adanya pembedahan pada jalan nafas (misalnya krikotiroidotomie dan trakeostomie) membutuhkan modifikasi teknik imobilisasi servikal.</li> <li>2. Dislokasi servikal yang ditandai dengan angulasi atau abnormalitas anatomi dapat mempengaruhi efektivitas pemasangan cervical collar buatan pabrik. Pada kasus seperti ini, bisa dilakukan imobilisasi servikal yang dimodifikasi seperti horse collar atau mempertahankan posisi secara manual tanpa melakukan traksi.</li> <li>3. Edema servikal yang hebat (misalnya akibat dari trauma atau perdarahan trakea). Pada kondisi ini, apabila dipasang cervical collar akan menghalangi pertukaran udara, mengurangi perfusi serebral atau meningkatkan tekanan intrakranial.</li> <li>4. Adanya benda asing yang menempel pada daerah leher seperti pisau, pecahan</li> </ol>	 <p>Sumber : Ame, 2017</p>
<b>Hal-hal yang perlu diperhatikan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Catat seluruh tindakan yang dilakukan dan respon pasien</li> <li>2. Pemasangan jangan terlalu kuat atau terlalu longgar</li> </ol>	 <p>Sumber : Ame, 2017</p>
<b>Masalah Keperawatan yang terkait</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketidakefektifan pola napas b.d gangguan neurologis (mis., trauma kepala).</li> <li>2. Kekurangan volume cairan b.d gangguan mekanisme regulasi.</li> <li>3. Penurunan curah jantung b.d perubahan frekuensi jantung.</li> </ol>	



	<p>4. Gangguan rasa nyaman nyeri b.d agen cedera fisik.</p> <p>5. Gangguan eliminasi urine b.d penyebab multipel.</p> <p>6. Intoleran aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.</p>	Sumber : Novita, 2019,
<b>Referensi</b>	<p><a href="https://sekarlangitz.wordpress.com/2012/03/02/pemasangan-cervical-collar/">https://sekarlangitz.wordpress.com/2012/03/02/pemasangan-cervical-collar/</a> (diakses pada tanggal 27 Mei 2020, pukul 10:00)</p> <p><a href="https://dokumen.tips/documents/prosedur-pelepasan-helm-dan-pemasangan-neck-collar.html">https://dokumen.tips/documents/prosedur-pelepasan-helm-dan-pemasangan-neck-collar.html</a> (diakses pada tanggal 27 Mei 2020, pukul 10:00)</p> <p>Laporan Prosedur Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana</p>	 <p>Sumber : Zaid, 2019,</p>

## PROSEDUR TINDAKAN PEMASANGAN *CERVICAL COLLAR*

Nama : .....

NIM : .....

No	K o m p o n e n	Nilai	
		Ya	Tidak
<b>A</b>	<b>PENGKAJIAN</b> 1. Kaji adanya kemungkinan adanya trauma cervical, trauma kepala, dengan adanya tanda gejala : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Multiple trauma</li> <li>• Trauma kapitis dengan penurunan kesadaran</li> <li>• Luka diatas clavikula</li> <li>• Biomekanik trauma yang mendukung (riwayat jatuh, tabrakan).</li> </ul>		
<b>B</b>	<b>PERENCANAAN</b> <b>Persiapan alat</b> 1. Cervical collar sesuai ukuran <b>Persiapan pasien</b> 1. Menjelaskan prosedur tindakan 2. Memberikan posisi supine pada pasien		
<b>C</b>	<b>IMPLEMENTASI</b> 1. Kaji staus neuromuskuar pasien sebelum pemasangan 2. Berikanposisi kepala menghadap kearah depan 3. Fiksasi kepala untuk mencegah terjadinya mobilisasi pada saat pemasangan <i>neck collar</i> 4. Tempatkan <i>cervical collar</i> didepan leher pasien untuk memastikan ukuran yang tepat 5. Kancingkan / fiksasi kebelakang leher 6. Jika ada keluhan <i>collar</i> terlalu menekan, lepaskan dan pasang kembali bila ada iritasi kulit atau gesekan lapisi dengan kapas untuk		



	mengurangi gesekan.		
<b>D</b>	<b>EVALUASI</b> 1. Kaji jalan nafas pasien dan status neurovaskuler		
<b>E</b>	<b>DOKUMENTASI</b> 1. Waktu pelaksanaan tindakan 2. Catat tipe dan ukuran cervical collar yang digunakan 3. Catat hasil pengkajian status neurovaskuler sebelum dan sesudah pemasangan 4. Nama perawat yang melaksanakan tindakan		

**Rekomendasi Pembimbing :**

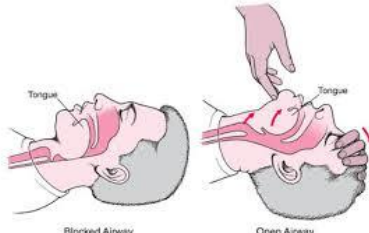
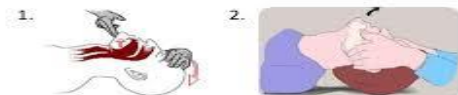



.....  
.....


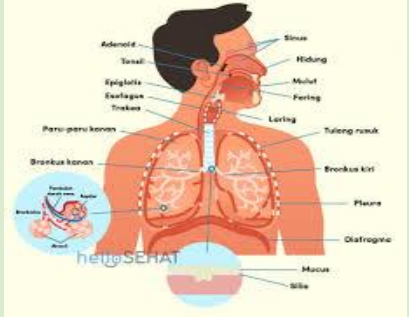

Nilai :

**Jakarta, .....  
Pembimbing**

(.....)

## TINDAKAN MEMBEBAKAN JALAN NAFAS

<b>Definisi</b>	Tindakan yang dilakukan untuk membebaskan jalan napas dengan tetap memperhatikan kontrol servikal	 <p>Sumber : Keto, 2019</p>
<b>Tujuan</b>	Membebaskan jalan napas untuk menjamin jalan masuknya udara ke paru secara normal sehingga menjamin kecukupan oksigenase tubuh	 <p>✓ Tujuan: Membebaskan jalan napas untuk menjamin jalan masuknya udara ke paru secara normal sehingga menjamin kecukupan oksigenase tubuh.</p> <p>Sumber : Suharto, 2019</p>
<b>Indikasi</b>	Adanya suara tambahan atau adanya sumbatan jalan nafas pada pasien	 <p>Sumber : Dokter Kecil, 2011</p>
<b>Kontraindikasi</b>	Instruksi <u>do-not-resuscitate (DNR)</u>	 <p>Sumber : Gustiner, 2011</p>
<b>Hal-hal yang perlu diperhatikan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pada pasien dengan dugaan cedera leher dan kepala, hanya dilakukan <i>maneuver jaw thrust</i> dengan hati-hati dan <u>mencegah gerakan</u> leher.</li> <li>2. Abdominal thrust adalah kehamilan tua dan bayi serta dewasa gemuk lebih baik menggunakan CHEST</li> </ol>	<p>CEDERA KEPALA DAN LEHER</p>  <p>LINDA DAMAI YANTI MEITRISANDANI FAUZI YILMA ARI PERDANA Isabilla Hilal Fatwa Taqy Wibowo</p> <p>Sumber : Tim Dokter, 2016</p>

	<p>TRUST atau back blow atau back slap yaitu dengan menepuk atau memukul punggung pada pertengahan daerah diantara kedua scapula</p>	 <p>Sumber : Prezi, 2017,</p>
<p><b>Masalah Keperawatan yang terkait</b></p>	<p>3. Ketidak efektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan sumbatan jalan nafas</p> <p>4. gangguan pertukaran gas</p>	 <p>Sumber : Novita, 2019,</p>
<p><b>Referensi</b></p>	<p>Laporan Prosedur Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana</p> <p><a href="http://dokter-medis.com/2009/06/pengelolaan-jalan-napas-airway.html">http://dokter-medis.com/2009/06/pengelolaan-jalan-napas-airway.html</a> (diakses pada tanggal 27 Mei 2020, pukul 10:00)</p>	 <p>Sumber : Zaid, 2019,</p>

## PROSEDUR TINDAKAN POSISI MEMBEBAHKAN JALAN NAFAS

Nama : .....

NIM : .....

No	K o m p o n e n	Nilai	
		Ya	Tidak
<b>A</b>	<b>PENGKAJIAN</b> 1. Apakah pasien dicurigai atau diketahui mengalami injury servikal, injury kepala atau leher. 2. Kaji tingkat kesadaran pasien 3. Kaji adanya suara nafas tambahan snoring/ngorok (obstruksi oleh lidah)		
<b>B</b>	<b>PERENCANAAN</b> <b>Persiapan alat.</b> 2. Sarung tangan bersih  <b>Persiapan pasien</b> 3. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan dan tujuan tindakan		
<b>C</b>	<b>IMPLEMENTASI</b> 4. Berikan pasien posisi <i>supine</i> 5. Bila tidak ada trauma servikal lakukan tindakan <i>Head-Tilt Chin-lift</i> yaitu : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Metode memiringkan kepala dan mengangkat leher dengan cara ekstensi leher dengan satu tangan dan menekan dahi kearah bawah dengan tangan yang lain.</li> <li>• Metode memiringkan kepala dan mengangkat dagu : letakkan satu tangan pada dahi dan tangan lainnya pada bagian tulang mandibula</li> </ul>		

	<p>6. Bila ada dicurigai trauma vertebra cervical maka lakukan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Jaw-Thrust maneuver</i> : angkat kedua mandibula kedepan dengan jari telunjuk sambil menekan kembali Zygomaticum dengan telapak dan ibu jari</li> <li>• <i>Chin-lift maneuver</i> : tempatkan satutangan di dahi untuk stabilisasi kepala dan leher. Pegang mandibula antara ibu jari dan telunjuk tangan yang lain kemudian angkat mandibula kedepan.</li> </ul>		
<b>D</b>	<p><b>EVALUASI</b></p> <p>3. Pernafasan spontan</p> <p>4. Adanya obstruksi pernafasan</p>		
<b>E</b>	<p><b>DOKUMENTASI</b></p> <p>4. Waktu pelaksanaan</p> <p>5. Respon pasien</p> <p>6. Nama perawat yang melaksanakan tindakan</p>		

**Rekomendasi Pembimbing :**

.....




.....

**Nilai :**



**Jakarta, .....  
Pembimbing**


**(.....)**

## TINDAKAN MENGELUARKAN BENDA ASING DARI JALAN NAFAS

<b>Definisi</b>	<p>Obstruksi jalan napas adalah penyumbatan di bagian mana pun dari jalan napas. Jalan napas adalah sistem tabung yang kompleks yang membawa udara yang dihirup dari hidung dan mulut ke paru-paru.</p>	 <p>Backblow pada anak      Backblow pada dewasa      Backblow pada bayi</p> <p>Sumber : Kangruna, 2019</p>
<b>Tujuan</b>	<p>Membebaskan jalan napas untuk menjamin jalan masuknya udara ke paru secara normal sehingga menjamin kecukupan oksigenase tubuh</p>	 <p>Heimlich Maneuver</p> <p>Each abdominal thrust attempts to clear the victim's airway of the foreign object by forcing air out through the windpipe.</p> <p>Sumber : Dody, 2019</p>
<b>Indikasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Secara mendadak tidak dapat berbicara</li> <li>2. Tanda-tanda umum tercekik dan rasa leher tercengkrum</li> <li>3. Bunyi berisik selama inspirasi</li> <li>4. Penggunaan otot asesoris selama bernafas dan peningkatan kesulitan bernafas</li> <li>5. Sukar batuk atau batuk tidak efektif atau tidak mampu untuk batuk</li> <li>6. Tidak terjadi respirasi spontan atau sianosis</li> <li>7. Bayi dan anak dengan distress</li> </ol>	 <p>Backblow pada anak      Backblow pada dewasa      Backblow pada bayi</p> <p>Sumber : Kangruna, 2019</p>



	<p>respirasi mendadak disertai dengan batuk, stridor atau wising</p> <p>8. Tersedak</p>	
<b>Kontraindikasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pada pasien sadar, batuk <i>volunteer</i> menghasilkan aliran udara yang besar dan dapat menghilangkan obstruksi</li> <li>2. Chest Trust hendaknya tidak digunakan pada pasien yang mengalami cedera dada, seperti <i>flail chest</i>, <i>cardiac contusion</i>, atau fraktur sternal (simon &amp; Brenner, 1994)</li> <li>3. Pada pasien yang sedang hamil tua atau yang obesitas, disarankan dilakukan chest thrust</li> <li>4. Posisi tangan yang tepat merupakan hal penting untuk menghindari cedera pada organ-organ yang ada di bawahnya selama dilakukan <i>chest trust</i></li> </ol>	 <p>Sumber : Alodokter, 2018</p>
<b>Hal-hal yang perlu diperhatikan</b>	<p>Abdominal trust adalah kehamilan tua dan bayi serta dewasa gemuk lebih baik menggunakan <i>CHEST TRUST</i> atau <i>back blow</i> atau <i>back slap</i> yaitu dengan menepuk atau memukul punggung pada pertengahan daerah diantara kedua scapula</p>	 <p>Sumber : Prezi, 2017,</p>
<b>Masalah Keperawatan yang terkait</b>	<p>Gangguan pola nafas berhubungan dengan sumbatan jalan nafas</p>	

		 <p>Sumber : Novita, 2019,</p>
<p><b>Referensi</b></p>	<p>Laporan Prosedur Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana</p> <p><a href="http://dokter-medis.com/2009/06/pengelolaan-jalan-napas-airway.html">http://dokter-medis.com/2009/06/pengelolaan-jalan-napas-airway.html</a></p>	 <p>Sumber : Zaid, 2019,</p>



## PROSEDUR TINDAKAN MENGELUARKAN BENDA ASING DARI JALAN NAFAS

Nama : .....

NIM : .....

No	K o m p o n e n	Nilai	
		Ya	Tidak
<b>A</b>	<b>PENGKAJIAN</b>  1. Kaji adanya ketidakmampuan untuk bernafas 2. Kaji adanya rasa tercekik, dan pasien memegang daerah leher 3. Kaji adanya suara serak pada pasien saat inspirasi 4. Kaji adanya batuk 5. Kaji kesulitan dalam bernafas atau berbicara 6. Kaji adanya cedera dada, sakit jantung / fraktur sternum		
<b>B</b>	<b>PERENCANAAN</b>  <b>Persiapan alat</b>  1. Sarung tangan disposable 2. Suction oral 3. Forcep margill atau Kelly dan laryngoscope (alat lain untuk mengeluarkan benda yang dapat dilihat pada saluran nafas atas)  <b>Persiapan pasien</b>  1. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 2. Bila kondisi pasien sadar berikan posisi duduk/berdiri dan bila tidak sadar posisikan berbaring		
<b>C</b>	<b>IMPLEMENTASI</b>  1. Memakai sarung tangan disposable 2. Tanyakan respon pasien apakah pasien mampu untuk berbicara 3. Jika pasien sulit untuk menjawab dan ada respon batuk atau pasien masih sadar maka lakukan maneuver Heimlich		

	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Pasien diberikan posisi duduk atau berdiri, penolong berdiri di belakang korban, melingkari pinggang korban dengan kedua tangan, kemudian kepalkan satu tangan dan letakkan sisi jempol tangan kepala pada perut pasien diantara pusat dan prosesus xipoides. pegang erat kepalan tangan dengan tangan lainnya. Tekan kepalan ke perut dengan hentakan yang cepat kedalam dan kearah atas. Lakukan beberapa kali sampai benda asing keluar atau pasien menjadi tidak sadar. Bagi wanita hamil/gemuk, hentakan pada dada dilakukan dengan meletakkan tangan di <i>midsternum</i>.</li> <li>5. Jika pasien tidak menjawab dan tidak mampu batuk atau pasien menjadi tidak sadar.</li> <li>6. Berteriak minta tolong dan aktifkan sistem PPGD</li> <li>7. Pasien pada posisi terlentang dengan muka keatas. Penolong berlutut dengan posisi mengangkang pada paha pasien. Lakukan abdominal thrust dengan cara pangkal telapak tangan satu diletakkan diantara pusat dan prosesus xipoides dan tangan kedua diatas tangan pertama. Penolong menekan kearah perut dengan hentakan yang cepat kearah atas sebanyak 5 x atau sampai dengan benda asing keluar.</li> <li>8. Lakukan <i>jaw thrust/ chin lift</i> untuk membuka mulut dan bila benda asing dapat dilihat lakukan <i>Finger Sweep</i> : buka mulut pasien dengan menekan lidah dan rahang bawah bersama-sama. Memakai satu tangan. Masukkan jari telunjuk dengan posisi mengait ke dalam mulut dari sudut bibir menyusuri pipi masuk ke belakang kerongkongan dan keluar disisi yang berdekatan. Jangan memasukan jari lurus ke dalam bagian pusat faring. Prosedur ini tidak dilakukan pada anak – anak dan bayi.</li> <li>9. Apabila memungkinkan periksa mulut secara langsung dengan laryngoscope.</li> </ol>		
--	--	--	--

	<p>Pada Bayi &lt; 1tahun</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Baringkan bayi terlentang posisi telungkup sepanjang lengan perawat, posisi kepala lebih rendah, tahan kepala dengan telapak tangan.</li> <li>2. Lakukan pukulan ringan diatas punggung dengan tumit tangan penolong.</li> <li>3. Tempatkan bayi posisi supine, sokong kepala dan leher dan letakkan di paha.</li> <li>4. Lakukan hentakan dengan cepat sebanyak 5 x kebagian bawah. Untuk menentukan posisi jari yang benar, letakkan jari telunjuk diantara payudara bayi, jari tengah diantara sternum berdekatan dengan telunjuk. Lakukan hentakan kedalam kearah atas sampai dengan benda asing keluar atau pasien menjadi tidak sadar. Bila tidak sadar nuka jalan nafas dan angkat benda asing bila mungkin.</li> </ol> <p>Pada anak usia 1-8 tahun</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pada pasien berdiri atau duduk, tempatkan lengan penolong dibawah axilla, melingkari tubuh korban. Letakkan tangan diperut pasien diatas perut pasien antara processus xiphoideus dan pusat. Tekan dan dorong keatas sampai benda asing keluar atau pasien menjadi tidak sadar.</li> <li>2. Pasien tidak sadar diberi posisi berbaring, penolong berlutut disamping / letakkan korban diatas paha. Letakkan tangan penolong diatas perut antara PX dan pusat. Tekan, dorong langsung keatas dengan cepat segaris dan tidak kearah samping abdomen. Jika benda asing sudah kelihatan lakukan dengan usapan jari.</li> </ol>		
<b>D</b>	<p><b>EVALUASI</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keberhasilan benda asing keluar</li> <li>2. Komplikasi yang mungkin timbul :nyeri abdomen, echymosis, mual, muntah, fraktur iga dan injury organ dalam abdomen dan dada.</li> </ol>		



<b>E</b>	<b>DOKUMENTASI</b>  1. Waktu pelaksanaan 2. Respon pasien 3. Catat jenis benda asing yang keluar dan besarnya 4. Catat adanya keluhan pasien, mual muntah dan nyeri pada abdomen atau dada. 5. Nama perawat yang melaksanakan tindakan		
----------	--	--	--

**Rekomendasi Pembimbing :**

.....

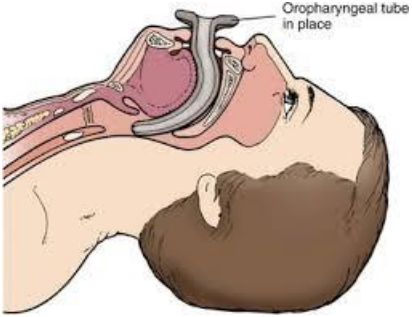
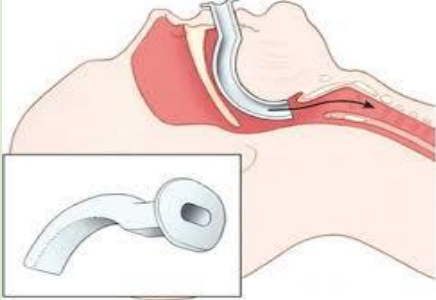
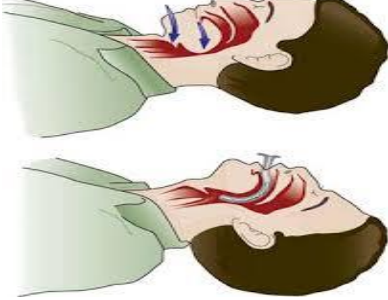
.....



**Nilai :**

**Jakarta, .....  
Pembimbing**

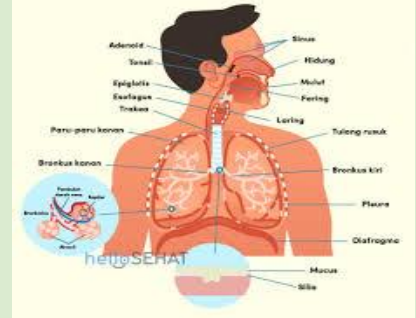

**(.....)**

## PEMASANGAN OPA (*OROPHARYNGEAL AIRWAY*)

<b>Definisi</b>	<p>Oropharyngeal Airway (OPA) adalah suatu alat biasanya terbuat dari plastik yang dirancang untuk dimasukkan ke dalam rongga faring posterior di sepanjang lidah. Pemasangan alat ini bertujuan untuk membebaskan jalan napas, ketika teknik <i>head tilt chin lift</i> dan <i>jaw thrust</i> belum mampu membuka jalan napas secara adekuat. Selain itu, alat ini juga dapat mencegah lidah jatuh kebelakang atau tertelan.</p>	 <p>Sumber : MIUI, 2018</p>
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membebaskan Jalan Nafas</li> <li>2. Mencegah lidah jatuh atau melekat pada dinding posterior pharing</li> <li>3. Memudahkan pengisapan lendir</li> </ol>	 <p>Sumber : MIUI, 2018)</p>
<b>Indikasi</b>	<p>Oropharyngeal Airway (OPA) digunakan pada pasien tidak sadar untuk mencegah lidah supaya tidak jatuh ke belakang faring yang dapat menutupi jalan napas. Oropharyngeal Airway (OPA) juga dapat mencegah gigitan korban yang dilakukan pemasangan intubasi. Oropharyngeal Airway (OPA) juga dapat digunakan pada korban yang mendapatkan oksigenasi melalui bag mask untuk memudahkan ventilasi dan mencegah insuflasi gastric.</p>	 <p>Sumber : MIUI, 2018</p>

<p><b>Kontraindikasi</b></p>	<p>Tidak boleh diberikan pada pasien dengan keadaan sadar ataupun semi sadar karena dapat merangsang muntah, spasme laring. Harus berhati-hati bila terdapat trauma oral.</p>	 <p>Pemeriksaan kesadaran korban (sumber: <i>European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010</i>) korban "apakah anda baik-baik saja?"</p> <p>Sumber : Anisa, 2017</p>
<p><b>Hal-hal yang perlu diperhatikan</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oropharyngeal Airway (OPA) sebaiknya tidak dilakukan pada korban yang terstimulus oleh reflek muntah, karena dapat beresiko aspirasi.</li> <li>• Oropharyngeal Airway (OPA) memiliki ukuran yang bervariasi, maka dari itu sebelum memasang OPA harus diukur terlebih dahulu, pengukuran OPA yaitu dari ujung mulut hingga ujung daun telinga. Ukuran yang terlalu kecil dapat mengakibatkan lidah terdorong ke orofaring. Sedangkan ukuran yang terlalu besar dapat menyumbat trakea.</li> <li>• Pemasangan Oropharyngeal Airway (OPA) yang kurang tepat justru dapat menyumbat jalan napas, hal ini terjadi apabila OPA mendorong lidah ke tenggorokan.</li> <li>• Lakukan pemasangan dengan cara memutar 180°. akan tetapi, teknik ini tidak dilakukan pada infant karena dapat melukai jaringan lunak di orofaring. Solusinya dapat menggunakan tongue spatel untuk menekan lidah infant sebelum memasang OPA</li> </ul>	 <p>Sumber : Kompasiana, 2017)</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lepas segera OPA bila korban memiliki reflek muntah yang adekuat untuk mencegah muntah</li> </ul>	
<b>Masalah Keperawatan yang terkait</b>	1) Kerusakan pertukaran gas spontan 2) Ketidakefektifan bersihan jalan nafas 3) Kerusakan menelan 4) Resiko infeksi	 <p>Sumber : Novita, 2019,</p>
<b>Referensi</b>	<a href="http://mybocare.com/2016/02/oropharyngeal-airway-opa-insertion.html">http://mybocare.com/2016/02/oropharyngeal-airway-opa-insertion.html</a> <a href="https://Pemasangan-dan-perawatan-pasien-dengan-oropharyngeal-tube.html">https://Pemasangan-dan-perawatan-pasien-dengan-oropharyngeal-tube.html</a>	 <p>Sumber : Zaid, 2019,</p>

## PROSEDUR TINDAKAN PEMASANGAN *OROPHARINGEAL AIRWAY* (OPA)

Nama : .....

NIM : .....

No	K o m p o n e n	Nilai	
		Ya	Tidak
<b>A</b>	<b>PENGKAJIAN</b>  1. Kaji tingkat kesadaran pasien, prosedur ini dilakukan pada pasien yang mengalami penurunan kesadaran dan tidak dilakukan pada pasien yang sadar atau setengah sadar  2. Telah dilakukan pembebasan jalan nafas secara manual tetapi tidak berhasil  3. Kaji Suara nafas terdengar <i>Gargling</i> / ngorok (obstruksi oleh lidah yang jatuh)  4. Pastikan tidak ada sumbatan jalan nafas oleh benda asing lainnya dari oropharing pasien.		
<b>B</b>	<b>PERENCANAAN</b>  <b>Persiapan alat</b> 1. Suction oropharing 2. Oropharingeal airway/OPA/Mayo Tube/ Gudel sesuai ukuran yaitu : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prematur neonatus : 000</li> <li>• Bayi baru lahir : 00</li> <li>• Bayi : 0</li> <li>• 1-3 tahun : 1</li> <li>• 3-8 tahun : 2</li> <li>• 8-9 tahun, anak besar, dewasa kecil : 3</li> <li>• Dewasa sedang : 4</li> <li>• Dewasa besar : 5,6</li> </ul>		

	<ol style="list-style-type: none"> <li>Ukuran panjang tube diukur dari cuping hidung kesudut bibir pasien</li> <li>Spatel yang sudah dilapisi kassa</li> <li>Sarung tangan disposable</li> </ol> <p><b>Persiapan pasien</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan prosedur yang akan dilakukan dan tujuan tindakan kepada pasien dan keluarga</li> <li>Berikan pasien posisi supine</li> <li>Suction darah, secret atau benda asing lainnya dari oropharing pasien</li> </ol>		
<b>C</b>	<p><b>IMPLEMENTASI</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Cuci tangan.</li> <li>k/p lakukan suction</li> <li>Berikan pasien posisi supine dengan leher hiperekstensi bila tidak ada kontraindikasi</li> <li>Gunakan spatel untuk menekan dan menempatkan lidah kedepan</li> <li>Masukkan OPA dari sisi kanan ke oropharing</li> <li>Teknik yang lain, masukkan OPA menghadap keatas dan masukkan kemulut. Setelah ujung OPA mencapai dinding posterior pharing, putar OPA 180<sup>0</sup> sampai dengan posisi tepat</li> <li>Setelah OPA terpasang beri posisi pasien miring untuk menurunkan resiko aspirasi akibat muntahan</li> </ol>		
<b>D</b>	<p><b>EVALUASI</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Auskultasi paru untuk meyakinkan ventilasi adekuat</li> <li>Observasi tingkat kesadaran pasien, bila pasien sadar OPA dilepaskan</li> <li>Observasi komplikasi yang dapat timbul :</li> </ol>		



	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trauma pada bibir, lidah, gigi dan mukosa mulut</li><li>• Muntahan dan aspirasi</li><li>• Hypoksia akibat aspirasi / penempatan yang tidak tepat</li><li>• Peningkatan obstruksi jalan nafas</li></ul>		
<b>E</b>	<b>DOKUMENTASI</b> 1. Waktu pelaksanaan 2. Respon pasien 3. Nama perawat yang melaksanakan tindakan		

**Rekomendasi Pembimbing :**

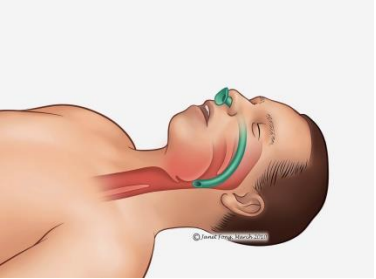

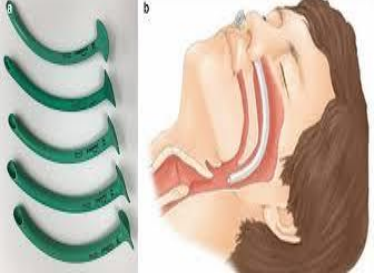
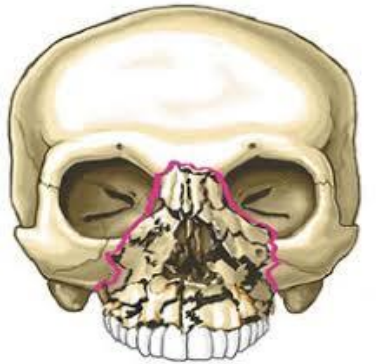
.....  
.....

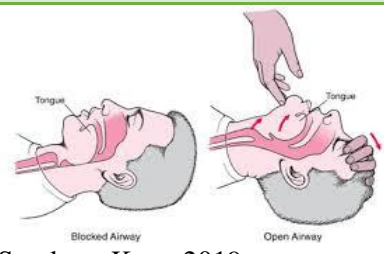
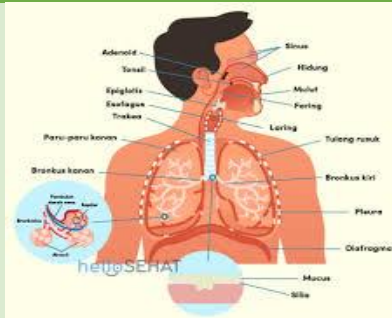
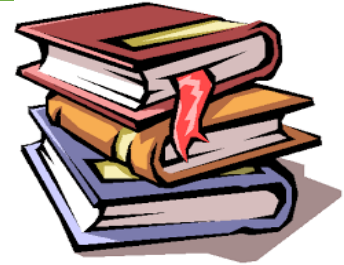
**Nilai :**

**Jakarta, .....  
Pembimbing**

**(.....)**

## PEMASANGAN NPA (NASOPHARYNGEAL AIRWAY)

<b>Definisi</b>	Nasopharyngeal airway (NPA) adalah salah satu airway adjuncts yang dapat dipakai pada mereka yang berisiko obstruksi pada jalan nafas namun tidak dapat memakai OPA. Menurut Neumar, et al. (2010), NPA ditoleransi lebih baik pada mereka yang kesadarannya tidak turun terlalu dalam.	 <p>Sumber : Faulk, 2017</p>
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membebaskan Jalan Nafas</li> <li>2. Untuk memelihara kepatenan jalan nafas terutama bagi pasien yang baru mengalami pembedahan oral atau facial trauma.</li> </ol>	 <p>Sumber : Faulk, 2017</p>
<b>Indikasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien sadar membutuhkan alat lebih lanjut</li> <li>2. Cedera kepala</li> <li>3. Cedera jalan udara langsung</li> <li>4. Syok</li> <li>5. Cedera thoraks</li> <li>6. Sadar/tidak sadar</li> <li>7. Napas spontan</li> <li>8. Ada reflex muntah</li> <li>9. Kesulitan dengan OPA</li> </ol>	 <p>Sumber : Faulk, 2017</p>
<b>Kontraindikasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. FBC</li> <li>2. Fraktur wajah</li> <li>3. Fraktur tulang dasar tengkorak</li> </ol>	

		Sumber : Anisa, 2017
<b>Hal-hal yang perlu diperhatikan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perhatikan untuk menggunakan chin lift atau jaw thrust teknik untuk membuka anterior mandibular pasien. Segera setelah memasukan, mengkaji respirasi pasien. Jika ada yang kurang atau tidak cukup adekuat, inisial artifisial posisi tekan ventilasi dengan menggunakan teknik mouth to mask, handheld resuscitation bag, atau oxygen powered breathing device.</li> <li>2. Jika pasien batuk atau gags, pipa akan butuh sangat panjang, jika pergantian jalan udara dan masukan bagian yang lebih pendek.</li> </ol>	 <p>Sumber : Keto, 2019</p>
<b>Masalah Keperawatan yang terkait</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kerusakan pertukaran gas spontan</li> <li>2) Ketidakefektifan bersihan jalan nafas</li> <li>3) Kerusakan menelan</li> <li>4) Resiko infeksi</li> </ol>	 <p>Sumber : Novita, 2019,</p>
<b>Referensi</b>	<p><a href="https://www.slideshare.net/robertusarian/13-12010-nasopharyngeal-airway">https://www.slideshare.net/robertusarian/13-12010-nasopharyngeal-airway</a></p> <p>Laporan Prosedur Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana</p>	 <p>Sumber : Zaid, 2019,</p>

## PROSEDUR TINDAKAN PEMASANGAN NASOPHARYNGEAL AIRWAY /NPA

Nama : .....

NIM : .....

No	K o m p o n e n	Nilai	
		Ya	Tidak
<b>A</b>	<b>PENGKAJIAN</b>  1. Kaji adanya obstruksi jalan nafas bagian atas oleh lidah atau jaringan lunak (epiglottis) pada pasien yang sadar atau tidak sadar dengan refleks batuk yang baik  2. Pemasangan OPA yang sulit dilakukan atau tidak mungkin dilakukan karena trauma massive sekitar mulut (mandibulomaksilaris), operasi daerah mulut, trauma pada wajah, gigi yang terlepas.  3. Kaji pasien dengan edema nasopharyngeal ata sekresi nasal yang berlebihan pada anak-anak  4. Tidak dilakukan bila pasien mendapatkan terapi antikoagulan atau gangguan perdarahan, sepsis atau deformitas nasopharyngeal patologik.		
<b>B</b>	<b>PERENCANAAN</b>  <b>Persiapan alat :</b>  1. NPA sesuai ukuran pasien : sesuai dengan ukran diameter hidung pasien, diukur dari cuping hidung ke telinga bawah. Ukuran yang direkomendasikan adalah dewasa : 8-9 mm , Remaja : 7-8 mm, anak : 6-7 mm  2. Spatel dilapisi kassa  3. Sarung tangan disposable  4. Xylokain jelly  5. K/p suction		

	<b>Persiapan pasien</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan</li> <li>2. Berikan pasien posisi supine atau fowler</li> <li>3. Pilih lubang hidung yang lebih besar dan mudah terbuka, kaji lubang hidung teradap trauma, benda asing, deviasi septum, atau polip</li> <li>4. Laukan suction jika diperlukan</li> </ol>		
<b>C</b>	<b>IMPLEMENTASI</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gunakan sarung tangan</li> <li>2. Ambil NPA sesuai ukuran dan lumasi dengan xylokain</li> <li>3. Utamakan pemasangan pada lubang hidung sebelah kanan (pemilihan lubang hidung sebelah kiri bisa tetapi bevel tidak dapat menghadap ke septum hidung kecuali ujung dipotong pada sudut yang berlawanan).</li> <li>4. Masukkan melalui dasar hidung dimana bevel menghadap septum nasal. Masukkan terus kebelakang terus sambil dirotasi sedikit miring kearah telinga sampai seluruh bagian NPA masuk lubang hidung</li> <li>5. Jika ada tahanan, sedikit dirotasi tube NPA dapat membantu memasukkan alat mencapai hypopharing.</li> <li>6. KAJI kembali kepatenan jalan nafas</li> </ol>		
<b>D</b>	<b>EVALUASI</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi adanya epistaksis, aspirasi dan hypoksia akibat aspirasi atau kesalahan pemasangan</li> <li>2. Jika pasien batuk , tube mungkin terlalu panjang, maka NPA diangkat dan diganti yang lebih pendek</li> </ol>		
<b>E</b>	<b>DOKUMENTASI</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Waktu pelaksanaan pemasangan NPA</li> <li>2. Respon pasien</li> <li>3. Catat ukuran NPA yang digunakan</li> <li>4. Nama perawat yang melaksanakan</li> </ol>		





**Rekomendasi Pembimbing :**


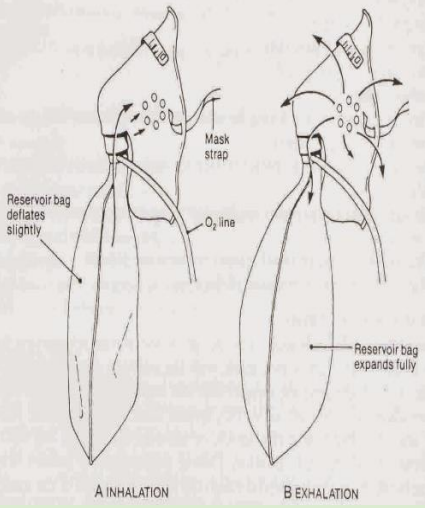
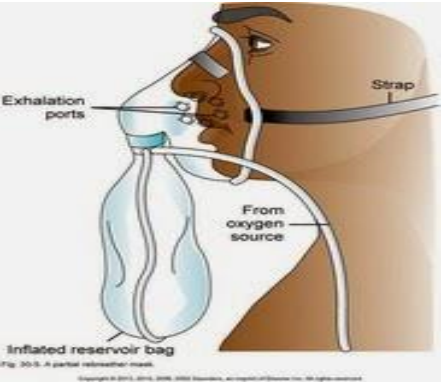
.....  
.....

**Nilai :**

**Jakarta, .....  
Pembimbing**

**(.....)**

## PEMBERIAN OKSIGEN DENGAN MASK BREATHING

<b>DEFINISI</b>	<p>Konsentrrasi oksigen yang di berikan lebih tinggi dari pada sungkup muka sederhana yaitu 60-80% dengan aliran oksigen 8-12lt/menit.</p>	 <p style="text-align: center;"><b>Rebreathing Mask</b></p> <p style="text-align: right;">Nw_opt0619</p>
<b>TUJUAN</b>	<p>Tujuan utama pemberian oksigen adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan ekspansi dada</li> <li>2. Memperbaiki status oksigenasi pasien dan memenuhi kekurangan oksigen kelancaran metabolisme</li> <li>3. Mencegah hipoksia</li> <li>4. Menurunkan kerja jantung</li> <li>5. Menurunkan kerja paru –paru pada pasien dengan dyspnea</li> <li>6. Meningkatkan rasa nyaman dan efisiensi frekuensi napas pada penyakit paru (Aryani, 2009:53)</li> </ol>	 <p style="text-align: center;">A INHALATION      B EXHALATION</p>
<b>INDIKASI</b>	<p>Indikasi penggunaan adalah pada pasien dengan kadar tekanan karbondioksida yang rendah, udara inspirasi sebagian tercampur dengan udara ekspirasi sehingga konsentrasi karbondioksida lebih tinggi dari pada sungkup sederhana.</p>	 <p style="text-align: center;">Fig. 30-5. A partial rebreather mask.</p>
<b>KONTRAINDIKASI</b>	<p>Pada pasien dengan retensi CO<sub>2</sub> karena akan memperburuk retensi.</p>	

<b>HAL YANG HARUS DIPERHATIKAN</b>	<p>(Luh Suciati, 2010):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sebelum dipasang ke pasien isi O<sub>2</sub> ke dalam kantong dengan cara menutup lubang antara kantong dengan sungkup minimal 2/3 bagian kantong reservoir.</li> <li>2. Memasang kapas kering di daerah yang tertekan sungkup dan tali pengikat untuk mencegah iritasi kulit</li> <li>3. Jangan sampai kantong oksigen terlipat atau mengempes karena apabila ini terjadi, aliran yang rendah dapat menyebabkan pasien menghirup sejumlah besar karbondioksida.</li> </ol>	
<b>MASALAH KEPERAWATAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gangguan pola nafas</li> <li>2. Gangguan pertukaran gas</li> <li>3. Bersihan jalan nafas tidak efektif</li> </ol>	

## PROSEDUR TINDAKAN PEMBERIAN OKSIGEN DENGAN MASK BREATHING

Nama : .....

NIM : .....

No	K o m p o n e n	Nilai	
		Ya	Tidak
<b>A</b>	<b>PENGKAJIAN</b> 1. Cek perencanaan keperawatan pasien 2. Mengidentifikasi pasien dengan tepat (nama, nomor kamar). 3. Kaji adanya tanda dan gejala klinis dan secret pada jalan napas.		
<b>B</b>	<b>PERENCANAAN</b> Persiapan alat. 1. Set oksigen (tabung O <sub>2</sub> , O <sub>2</sub> , flowmeter, humidifier) 2. Water steril 3. Plester non iritan 4. Antiseptik (jika diperlukan) 5. Masker rebreathing 6. Sarung tangan bersih  <b>Persiapan pasien</b> 1. Posisikan pasien powler atau semi powler 2. Mendekatkan alat ke dekat pasien		
<b>C</b>	<b>IMPLEMENTASI</b> 1. Mengucapkan salam terapeutik kepada pasien 2. Melakukan validasi 3. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien 4. Mencuci tangan 5. Menggunakan sarung tangan bersih 6. Mempersiapkan peralatan 7. Mengkaji adanya tanda dan gejala klinis dan sekret pada jalan napas 8. Menyambungkan masker ke selang dan ke sumber oksigen 9. Memberikan aliran oksigen sesuai dengan kecepatan aliran pada progam medis dan memastikan bahwa berfungsi dengan baik. 10. Selang tidak tertekuk dan sambungan paten. 11. Ada gelembung udara pada humidifier. 12. Terasa oksigen keluar dari masker. 13. Memastikan kantong reservoir tidak terlipat atau mengempis total saat inspirasi		

	14. Mengarahkan masker ke wajah pasien dan pasang dari hidung ke bawah (sesuaikan dengan kontur wajah pasien). 15. Melingkarkan pita elastik ke kepala pasien agar nyaman dan tidak sempit 16. Memeriksa masker, aliran oksigen setiap 2 jam atau lebih cepat, tergantung kondisi dan keadaan umum pasien 17. Mempertahankan batas air pada botol humidifier setiap waktu. 18. Memeriksa jumlah kecepatan aliran oksigen 19. Mengkaji membran mukosa hidung dari adanya iritasi dan memberi jelly untuk melembapkan membran mukosa jika diperlukan. 20. Setelah selesai pasien dirapikan dan dibersihkan kembali. 21. Alat-alat dibersihkan, bereskan dan kembalikan ke tempat semula lalu cuci tangan.		
<b>D</b>	<b>EVALUASI</b> 1. Observasi kondisi hidung mulut dan perawatan lubang hidung atau iritasi nasofaringeal. 2. Kaji respon pasien setelah pemberian oksigen (pola pernapasan dan kecepatan) 3. Pastikan pasien tidak makan minum atau batuk dan menyeka (bisa terjadi aspirasi bila pasien muntah, serta perlu segel pengikat) 4. Kondisi hipoksia dapat teratasi. 5. Frekuensi pernapasan 14-20 kali per menit. 6. Observasi adanya iritasi pada kulit disekitar masker		
<b>E</b>	<b>DOKUMENTASI</b> 1. Waktu pelaksanaan 2. Respon pasien 3. Frekuensi napas pasien 4. Nama perawat yang melaksanakan tindakan 5. Jumlah oksigen yang diberikan		

**Rekomendasi Pembimbing :**


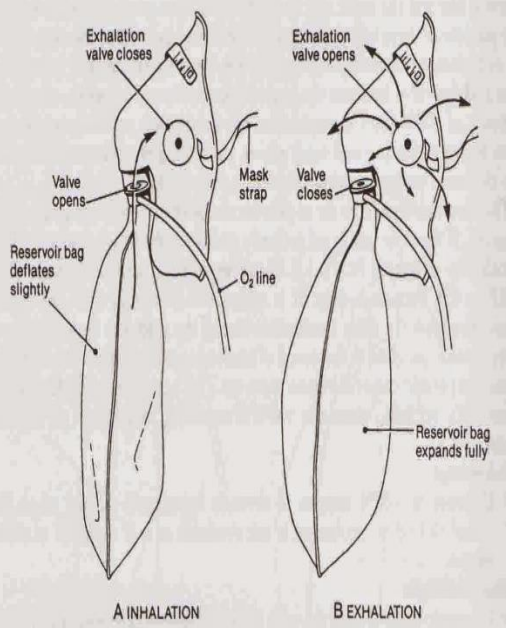
.....  
.....

Nilai :

Jakarta, .....  
Pembimbing

(.....)

## PEMBERIAN OKSIGEN DENGAN MASK NON REBREATHING

<p><b>DEFINISI</b></p>	<p>Nonrebreathing oxygen face mask (NRM) atau sungkup oksigen nonrebreathing adalah alat untuk mengalirkan oksigen kecepatan rendah pada pasien yang bisa bernapas spontan. NRM memiliki komponen reservoir oksigen murni dan katup pernapasan satu arah arah yang memungkinkan pengiriman oksigen konsentrasi tinggi kepada pasien (<math>FiO_2</math> sekitar 90%).</p>	
<p><b>INDIKASI</b></p>	<p>Indikasi penggunaan non-rebreathing oxygen mask (NRM) antara lain untuk pasien yang mengalami kondisi medis akut yang masih sadar penuh, bernapas spontan, memiliki volume tidal yang cukup, serta memerlukan terapi oksigen konsentrasi tinggi.</p> <p>NRM dapat dipertimbangkan pada kelompok pasien yang perjalanan penyakitnya sangat berpeluang membaik dengan intervensi segera, misalnya penyakit paru obstruktif kronik (PPOK), edema paru akut, dan asthma berat; sehingga NRM dapat membantu memperbaiki gejala klinis serta mengurangi risiko tindakan intubasi jalan napas. Kemudian, pada pasien yang mungkin memiliki indikasi relatif untuk menjalani tata laksana jalan napas tingkat lanjut namun masih</p>	

	<p>menunjukkan refleks protektif jalan napas yang baik, misalnya batuk dan muntah yang adekuat, penggunaan NRM juga bisa dipertimbangkan.</p> <p>Pra Rumah Sakit dan Trauma Mayor</p> <p>NRM dapat digunakan oleh pasien yang sedang dipersiapkan untuk menjalani tindakan pengamanan jalan napas lanjut guna mencegah perburukan klinis akibat hipoksemia.</p> <p>British Thoracic Society (BTS) menyarankan agar NRM menjadi pilihan pertama metode terapi oksigen pada pasien dalam perawatan di rumah sakit yang mengalami trauma mayor atau hipoksemia berat tanpa faktor risiko gagal napas hiperkapnia. Selain itu, pada skenario perawatan pra rumah sakit, NRM juga perlu disediakan bila tenaga kesehatan memiliki probabilitas menghadapi pasien trauma atau hipoksemia berat yang memerlukan terapi oksigen konsentrasi tinggi.</p>	
<b>KONTRAINDIKASI</b>	<p>Pada dasarnya penggunaan non-rebreathing oxygen mask (NRM) tidak memiliki kontraindikasi absolut. Namun, ada beberapa kondisi medis yang meningkatkan risiko toksisitas oksigen dan hiperoksemia, atau penyalahgunaan terapi oksigen.</p> <p>Retensi Karbon Dioksida</p> <p>Pasien yang berisiko mengalami toksisitas oksigen biasanya adalah</p>	

pasien yang berisiko terhadap retensi karbondioksida seperti pasien dengan riwayat paru obstruktif kronik (PPOK), obesitas berat, fibrosis kistik, deformitas dinding dada, penyakit neuromuskular, dan bronkiektasis.

Retensi karbondioksida ditandai oleh gejala berupa sakit kepala, kurang nafsu makan, muka memerah dan akral hangat akibat vasodilatasi berlebihan, bounding pulse, pusing, flapping tremor, dan pada kasus yang berat dapat menyebabkan penurunan kesadaran hingga koma. Pada kelompok pasien tersebut, penggunaan NRM tidak secara mutlak dilarang, namun sebaiknya diwaspadai dan target saturasi oksigen sebaiknya antara 88% hingga 92% sampai hasil analisis gas darah tersedia.

#### Penggunaan Tidak Kontinue

Selain itu, penggunaan NRM sebaiknya dihindari pada pasien yang berisiko untuk tidak menggunakan NRM secara kontinyu atau konsisten. Hal ini didasarkan pada adanya risiko luka bakar atau cedera terkait ledakan terkait terapi oksigen.

Meskipun risiko ledakan ini erat kaitannya dengan riwayat merokok selama penggunaan terapi oksigen jangka panjang di rumah, langkah pencegahan tetap perlu dipertimbangkan bagi pasien yang



	<p>dirawat di RS yang mungkin melepas sungkup NRM pada saat oksigen sedang mengalir. Populasi yang berisiko melakukan ini misalnya adalah pasien konfusi, agitasi, atau penurunan kesadaran. Juga pada pasien mual-muntah yang memiliki risiko aspirasi jika tanpa pengawasan.</p>	
<b>HAL YANG HARUS DIPERHATIKAN</b>	<p>Hal-hal yang perlu diperhatikan (Ni Luh Suciati, 2010):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sebelum dipasang ke pasien isi O2 ke dalam kantong dengan cara menutup lubang antara kantong dengan sungkup minimal 2/3 bagian kantong reservoir</li> <li>2. Memasang kapas kering pada daerah yang tertekan sungkup dan tali pengikat untuk mencegah iritasi kulit</li> <li>3. Perawat harus menjaga agar semua diafragma karet harus pada tempatnya</li> <li>4. Menjaga supaya kantong O2 tidak terlipat/mengempes untuk mencegah bertambahnya CO2</li> </ol>	
<b>MASALAH KEPERAWATAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gangguan pola nafas</li> <li>2. Gangguan pertukaran gas</li> <li>3. Bersihan jalan nafas tidak efektif</li> </ol>	

## PROSEDUR TINDAKAN PEMBERIAN OKSIGEN DENGAN MASK NON REBREATHING

Nama : .....

NIM : .....

No	K o m p o n e n	Nilai	
		Ya	Tidak
<b>A</b>	<b>PENGKAJIAN</b> 1. Cek perencanaan keperawatan pasien 2. Mengidentifikasi pasien dengan tepat (nama, nomor kamar) 3. Kaji adanya tanda dan gejala klinis dan secret pada jalan napas.		
<b>B</b>	<b>PERENCANAAN</b> <b>Persiapan alat</b> 1. Masker wajah nonrebreathing, sesuai kebutuhan dan ukuran pasien 2. Selang oksigen 3. Humidifier 4. Water steril 5. Tabung oksigen dengan flowmeter 6. Pita atau tali elastic <b>Persiapan pasien</b> 1. Posisikan pasien powler atau semi powler 2. Mendekatkan alat ke dekat pasien		
<b>C</b>	<b>IMPLEMENTASI</b> 1. Mengucapkan salam terapeutik kepada pasien 2. Melakukan validasi 3. Kaji adanya tanda dan gejala klinis dan secret pada jalan napas 4. Sambungkan masker keselang dan ke sumber oksigen 5. Berikan aliran oksigen sesuai dengan kecepatan aliran pada progam medis dan pastikan berfungsi dengan baik. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selang tidak tertekuk dan sambungan paten.</li> <li>• Ada gelembung udara pada humidifier.</li> <li>• Terasa oksigen keluar dari masker.</li> </ul> 6. Arahkan masker ke wajah pasien dan pasang dari hidung ke bawah (sesuaikan dengan kontur wajah pasien). 7. Fiksasi pengikat elastik ke sikat kepala pasien sehingga masker nyaman dan tidak sempit. 8. Berikan aliran oksigen sesuai dengan kecepatan aliran 9. Periksa masker, aliran oksigen setiap 2 jam atau lebih cepat, tergantung kondisi dan keadaan umum pasien 10. Usahakan kantung reservoir tidak mengempis total ketika pasien melakukan inspirasi 11. Pertahankan batas air pada botol humidifier setiap waktu		

	12. Periksa jumlah kecepatan aliran oksigen dan program terapi setiap 8 jam 13. Kaji membran mukosa hidung dari adanya iritasi dan beri jelly untuk melembapkan membrane mukosa jika diperlukan 14. Alat-alat dibersihkan, bereskan dan kembalikan ke tempat semula lalu cuci tangan		
<b>D</b>	<b>EVALUASI</b> 1. Observasi kondisi hidung mulut dan perawatan lubang hidung atau iritasi nasofaringeal. 2. Kaji respon pasien setelah pemberian oksigen (pola pernapasan dan kecepatan) 3. Pastikan pasien tidak makan minum atau batuk dan menyeka (bisa terjadi aspirasi bila pasien muntah, serta perlu segel pengikat) 4. Kondisi hipoksia dapat teratasi. 5. Frekuensi pernapasan 14-20%. 6. Observasi adanya iritasi pada kulit disekitar masker		
<b>E</b>	<b>DOKUMENTASI</b> 1. Waktu pelaksanaan 2. Respon pasien 3. Frekuensi napas pasien 4. Nama perawat yang melaksanakan tindakan 5. Jumlah oksigen yang diberikan		

**Rekomendasi Pembimbing :**



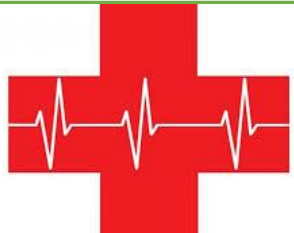
.....  
.....



**Nilai :**

**Jakarta, .....  
Pembimbing**

(.....)

## TINDAKAN PEREKAMAN EKG LENGKAP

<b>Definisi</b>	Suatu tindakan merekam aktivitas listrik jantung yang berawal dari nodus sinoatrial, yang dikonduksikan melalui jaringan serat-serat (sistem konduksi) dalam jantung yang menyebabkan jantung berkontraksi, yang dapat direkam melalui elektroda yang dilekatkan pada kulit.	 <p>Sumber : SP, 2019</p>
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi adanya kelainan irama jantung (disrhythmia) akibat adanya infark miokard, angina tertentu, pembesaran jantung, dan penyakit inflamasi jantung.</li> <li>2. Menilai efek obat-obatan dan mengidentifikasi ketidakseimbangan elektrolit, terutama kalsium dan kalium.</li> </ol>	 <p>Sumber : Cekaja, 2019</p>
<b>Indikasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien yang dicurigai sindroma koroner akut.</li> <li>2. Pasien dengan aritmia.</li> <li>3. Pasien dengan gangguan konduksi jantung.</li> <li>4. Pasien dengan gangguan elektrolit, terutama kalium.</li> <li>5. Pasien dengan kecurigaan keracunan obat.</li> <li>6. Evaluasi pasien yang terpasang implan defibrillator dan pacu jantung</li> <li>7. Sebagai monitoring pada sindroma koroner akut, aritmia dan gangguan elektrolit paska terapi.</li> </ol>	 <p>Sumber : Trubus, 2019</p>
<b>Kontraindikasi</b>	Pasien menolak	
<b>Hal-hal yang perlu diperhatikan</b>	Dinding dada harus terbuka dan tidak ada perhiasan logam yang melekat.	

	Pasien diminta tenang atau tidak ada perhiasan logam yang melekat	
<b>Masalah Keperawatan yang terkait</b>	Gangguan Sistem Sirkulasi Koroner (Infark Miokard Akut)	 <p>Sumber : Halodoc, 2019,</p>
<b>Referensi</b>	Laporan Prosedur Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana	 <p>Sumber : Zaid, 2019,</p>



## PROSEDUR TINDAKAN PEREKAMAN EKG

Nama : .....

NIM : .....

No	K o m p o n e n	Nilai	
		Ya	Tidak
<b>A</b>	<b>PENGKAJIAN</b>  1. Kaji kebutuhan pasien akan pemeriksaan EKG		
<b>B</b>	<b>PERENCANAAN</b>  <b>Persiapan alat</b>  1. Mesin EKG 2. Kabel EKG 12 lead 3. 6 chest elektoda 4. 4 limb elektroda 5. Jelly 6. Alat cukur (kalau perlu) 7. Kapas alcohol 8. Piala ginjal 9. Tissue 10. Kertas dokumentasi EKG  <b>Persiapan pasien</b>  1. Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan yang akan dilakukan 2. Berikan posisi yang nyaman 3. Melepaskan alat logam yang digunakan termasuk gigi palsu 4. Menganjurkan pasien untuk tidak bergerak, batuk dan tertawa saat rekam EKG 5. Menganjurkan pasien untuk tidak memegang pagar tempat tidur		
<b>C</b>	<b>IMPLEMENTASI</b>		

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencuci tangan</li> <li>2. Memasang tabit tempat tidur</li> <li>3. Membuka pakaian atas</li> <li>4. Bersihkan area ekstremitas dan dada yang akan dipasang elektroda dengan kapas alcohol</li> <li>5. Beri jelly pelumas pada area pemasangan dan pada elektroda</li> <li>6. Pasang elektroda dan kabel elektroda sesuai dengan lokasi elektroda (hindari memasang elektroda diatas massa otot yang besar dan struktur tulang) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kabel merah (R) untuk tangan kanan</li> <li>• Kabel kuning (L) untuk tangan kiri</li> <li>• Kabel hijau (F) untuk kaki kiri</li> <li>• Kabel hitam (N) untuk kaki kanan</li> <li>• Kabel C1 untuk V1 di ICS 4 Linea sternalis kanan</li> <li>• Kabel C2 untuk V2 di ICS 4 Linie sternalis kiri</li> <li>• Kabel C3 untuk V3 di antara V2 dan V4</li> <li>• Kabel C4 untuk V4 di ICS 5 Linea mudclavicularis kiri</li> <li>• Kabel C5 untuk V5 sejajar V4 di Linea axillaris anterior</li> <li>• Kabel 6 untuk V6 sejajar V4 di Linea Midaxillaris kiri</li> </ul> </li> <li>7. Hindari memasang elektroda diatas massa otot yang besar dan struktur tulang</li> <li>8. Nyalakan system power listrik pada EKG</li> <li>9. Kemudian lakukan peremakan EKG dengan menekan tombol start</li> <li>10. Setelah selesai matikan power listrik dan lepaskan kabel / elektroda ditubuh pasien kemudian bersihkan sisa jelly yang menempel</li> <li>11. Rapihkan pasien</li> </ol>		
--	---	--	--



	12. Bereskan alat – alat 13. Cuci tangan		
<b>D</b>	<b>EVALUASI</b> 1. Perhatikan respon pasien selama perekaman EKG		
<b>E</b>	<b>DOKUMENTASI</b> 1. Waktu pelaksanaan tindakan 2. Reaksi pasien terhadap tindakan yang diberikan 3. Catat hasil pemeriksaan EKG 4. Nama perawat yang melaksanakan		

**Rekomendasi Pembimbing :**

.....

.....

Nilai :


Jakarta, .....  
Pembimbing

(.....)



## PEMERIKSAAN ANALISA GAS DARAH

<b>Definisi</b>	<p>Analisa gas darah (AGD) atau <i>arterial blood gas (ABG) test</i> adalah tes darah yang diambil melalui pembuluh darah arteri untuk mengukur kadar oksigen, karbon dioksida, dan tingkat asam basa (pH) di dalam darah.</p>	
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menilai tingkat keseimbangan asam dan basa</li> <li>2. Mengetahui kondisi fungsi pernapasan dan kardiovaskuler</li> <li>3. Menilai kondisi fungsi metabolisme tubuh</li> <li>4. Mengetahui PH darah</li> <li>5. Mengetahui tekanan parsial CO<sub>2</sub></li> <li>6. Mengetahui bikarbonat</li> <li>7. Mengetahui base excess/defisit</li> <li>8. Mengetahui tekanan parsial oksigen</li> <li>9. Mengetahui saturasi O<sub>2</sub></li> </ol>	

<b>Indikasi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyakit paru-paru, misalnya asma, PPOK, pneumonia, dan lain-lain.</li> <li>• Penyakit ginjal, misalnya gagal ginjal.</li> <li>• Penyakit metabolik, misalnya diabetes melitus atau kencing manis</li> <li>• Cedera kepala atau leher yang mempengaruhi pernapasan</li> </ul>	
<b>Kontra indikasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Denyut arteri tidak terasa, pada pasien yang mengalami koma (Irwin &amp; Hippe, 2010).</li> <li>2. Modifikasi Allen tes negatif, apabila test Allen negative tetapi tetap dipaksa untuk dilakukan pengambilan darah arteri lewat arteri radialis, maka akan terjadi thrombosis dan beresiko mengganggu viabilitas tangan.</li> <li>3. Selulitis atau adanya infeksi terbuka atau penyakit pembuluh darah perifer pada tempat yang akan diperiksa</li> <li>4. Adanya koagulopati (gangguan pembekuan) atau pengobatan dengan antikoagulan dosis sedang dan tinggi merupakan kontraindikasi relatif.</li> </ol>	

<p><b>Hal-hal yang perlu diperhatikan</b></p>	<p>Tidak ada hal khusus yang perlu diperhatikan setelah analisa gas darah. Pasien umumnya bisa langsung kembali menjalani aktivitasnya seperti biasa.</p>	
<p><b>Masalah Keperawatan yang Terkait</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peningkatan kadar CO<sub>2</sub> dapat terjadi pada muntah yang parah, emfisema, dan aldosteronisme</li> <li>2. Penurunan kadar CO<sub>2</sub> dapat terjadi pada gagal ginjal akut, diabetik asidosis dan hiperventilasi</li> <li>3. Peningkatan dan penurunan dapat terjadi pada penggunaan nitrofurantoin</li> </ol>	



### PROSEDUR TINDAKAN ANALISA GAS DARAH (AGD)

Nama : .....

NIM : .....

No	K o m p o n e n	Nilai	
		Ya	Tidak
<b>A</b>	<b>PENGKAJIAN</b> 1. Cek perencanaan keperawatan pasien 2. Kaji alasan pemeriksaan analisa gas darah 3. Cek kemampuan pasien untuk beraktivitas		
<b>B</b>	<b>PERENCANAAN</b> <b>Persiapan alat</b> 1. S spuit 3 cc atau 5 cc 2. Kasa 3. Sarung tangan 4. Alkohol dan kapas 5. Tempat alcohol 6. Heparin 7. Gabus 8. Plester 9. Gunting plester 10. Bak instrumen 11. Bengkok 12. Termometer 13. Box es  <b>Persiapan pasien</b> 1. Menjelaskan prosedur dan tujuan pemeriksaan		
<b>C</b>	<b>IMPLEMENTASI</b> 1. Mencuci tangan 2. Mengucapkan salam 3. Menjelaskan prosedur 4. Mengatur posisi pasien 5. Mengukur suhu tubuh 6. Menentukan arteri yang akan ditusuk 7. Mengisi spuit dengan heparin yang 3cc dengan heparin 0,1cc (spuit yang sudah ada heparinya) 8. Memasang perlak		

	9. Simpan bengkok dekat pasien 10. Mendesinfektan daerah yang akan ditusuk  11. Menusuk arteri dengan posisi jarum : pada umumnya 90 derajat <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radialis 45 derajat</li> <li>• Brachialis 60 derajat</li> <li>• Femoralis 90 derajat</li> </ul> 12. Usahkan darah naik sendiri tanpa diaspirasi 13. Setelah selesai cabut jarum tekan daerah penusukan 5-15 menit dengan kasa kemudian plester 14. Mengeluarkan udara yang ada dijarum dan tusuk jarum ke gabus 15. Memasang label identitas pasien, jam pengambilan, suhu, tanggal 16. Mengobservasi TTV dan daerah tusukan 17. Bereskan alat 18. Bahan dikirim ke laboratorium dengan melampirkan formulir lab, catat suhu, jam, nama pasien 19. Cuci tangan 20. Bila pemeriksaan dikirim ke luar RS sebaiknya bahan pemeriksaan dimasukkan ke dalam plastic yang berisi ES		
<b>D</b>	<b>EVALUASI</b> 1. Respon pasien		
<b>E</b>	<b>DOKUMENTASI</b> 2. Waktu pelaksanaan 3. Nama perawat yang melaksanakan		

**Rekomendasi Pembimbing :**



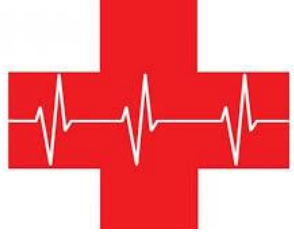
.....  
 .....


**Nilai :**

**Jakarta, .....  
 Pembimbing**

(.....)

## TINDAKAN PENGAMBILAN DARAH VENA

<b>Definisi</b>	Suatu pengambilan darah vena yang diambil dari vena dalam fossa cubiti, vena saphena/vena supervisial lain yang cukup besar untuk mendapatkan sampel darah yang baik dan representative dengan menggunakan tabung vacutainer.	 <p>Sumber : SP, 2019</p>
<b>Tujuan</b>	Untuk mendapatkan sampel darah yang baik	 <p>Sumber : Cekaja, 2019</p>
<b>Indikasi</b>	Pasien dengan intruksi dokter dalam pengambilan sampel darah	 <p>Sumber : Trubus, 2019</p>
<b>Kontraindikasi</b>	Pasien menolak	
<b>Hal-hal yang perlu diperhatikan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemasangan turniket (tali pembendung) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ pemasangan dalam waktu lama dan terlalu keras dapat menyebabkan hemokonsentrasi (peningkatan nilai hematokrit/PCV dan elemen sel), peningkatan kadar substrat (protein total, AST, besi, kolesterol, lipid total)</li> <li>○ melepas turniket sesudah jarum dilepas</li> </ul> </li> </ul>	

	<p>dapat menyebabkan hematoma</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jarum dilepaskan sebelum tabung vakum terisi penuh sehingga mengakibatkan masuknya udara ke dalam tabung dan merusak sel darah merah.</li> <li>• Penusukan <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ penusukan yang tidak sekali kena menyebabkan masuknya cairan jaringan sehingga dapat mengaktifkan pembekuan. Di samping itu, penusukan yang berkali-kali juga berpotensi menyebabkan hematoma.</li> <li>◦ tusukan jarum yang tidak tepat benar masuk ke dalam vena menyebabkan darah bocor dengan akibat hematoma</li> </ul> </li> <li>• Kulit yang ditusuk masih basah oleh alkohol menyebabkan hemolisis sampel akibat kontaminasi oleh alkohol, rasa terbakar dan rasa nyeri yang berlebihan pada pasien ketika dilakukan penusukan.</li> </ul>	
<b>Masalah Keperawatan yang terkait</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pola napas tidak efektif</li> <li>2. Bersihan jalan napas tidak efektif</li> <li>3. Gangguan pertukaran gas</li> </ol>	 <p>Sumber : Halodoc, 2019,</p>
<b>Referensi</b>	<b>Laporan Prosedur Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana</b>	 <p>Sumber : Zaid, 2019,</p>



## PROSEDUR TINDAKAN PENGAMBILAN DARAH VENA

Nama : .....

NIM : .....

No	K o m p o n e n	Nilai	
		Ya	Tidak
A	<b>PENGKAJIAN</b>  1. Kaji kebutuhan akan pemeriksaan darah melalui pembuluh darah Vena untuk mengetahui kondisi tertentu pada pasien  2. Kaji faktor-faktor yang dapat mempengaruhi pengukuran darah vena  3. Kaji pembuluh darah Vena yang akan dilakukan pengambilan sampel darah		
B	<b>PERENCANAAN</b>  <b>Persiapan alat</b>  1. Spuit 3 cc 2. Kapas alkohol / alkohol swab 3. Piala ginjal 4. Plester 5. Gunting 6. Label disertai identitas pasien 7. Formulir laboratorium 8. Perlak 9. Tourniquet  <b>Persiapan pasien</b>  1. Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan yang akan dilakukan 2. Berikan posisi yang nyaman		
C	<b>IMPLEMENTASI</b>  1. Mencuci tangan 2. Pasang perlak 3. Inspeksi pembuluh darah vena yang akan dilakukan		



	<p>penusukan pilih vena yang bagian distal terlebih dahulu dan lihat ukuran vena yang akan dilakukan penusukan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Raba pembuluh darah vena yang akan dilakukan penusukan untuk melihat elastisitasnya dan apakah vena mudah berpindah posisi</li> <li>5. Bersihkan area sekitar penusukan dengan kapas alkohol/ alcohol swab dengan gerakan melingkar dari dalam keluar</li> <li>6. Buka bungkus spuit dan pastikan spuit dalam keadaan baik</li> <li>7. Pasang tourniquet untuk membendung pembuluh darah vena dan agar vena mudah terlihat minta pasien untuk mengepalkan tangan</li> <li>8. Lakukan penusukan pada pembuluh darah vena dengan sudut 15-30 derajat</li> <li>9. Hentikan penusukan bila darah telah terlihat kedalam spuit</li> <li>10. Darah akan terisi dengan kita melakukan aspirasi pada spuit . lakukan aspirasi pengambilan darah sebanyak 2-3 cc</li> <li>11. Kemudian cabut jarum dan segera menekan area penusukan dengan kapas alkohol sambil penutup ujung jarum dengan gabus atau penutup yang ditentukan</li> <li>12. Inspeksi tempat penusukan apakah ada tanda – tanda adanya perdarahan</li> <li>13. Bereskan alat</li> <li>14. Perawat mencuci tangan</li> </ol>		
<b>D</b>	<p><b>EVALUASI</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inspeksi area distal tempat penusukan apakah adanya komplikasi</li> <li>2. Periksa hasil sampel segera mungkin</li> </ol>		



<b>E</b>	<b>DOKUMENTASI</b>  1. Waktu pelaksanaan tindakan 2. Reaksi pasien terhadap tindakan yang diberikan 3. Catat hasil pemeriksaan dan hasil lab 4. Nama perawat yang melaksanakan		
----------	---	--	--

**Rekomendasi Pembimbing :**



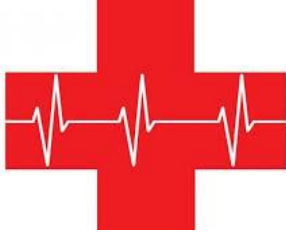
.....  
.....

**Nilai :**

**Jakarta, .....  
Pembimbing**

**(.....)**



## PEMASANGAN INFUS

<b>Definisi</b>	Proses memasukan jarum <i>abocath</i> ke dalam pembuluh darah vena yang kemudian disambungkan dengan selang infuse dan dialirkan cairan infuse	 <p>Sumber : SP, 2019</p>
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan sejumlah cairan ke dalam tubuh ke dalam pembuluh darah vena untuk menggantikan kehilangan cairan tubuh atau zat-zat makanan.</li> <li>2. Sebagai media pemberian obat.</li> </ol>	 <p>Sumber : Cekaja, 2019</p>
<b>Indikasi</b>	<p>Pemasangan infuse diindikasikan pada pasien dengan;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberian cairan intravena (<i>intravenous fluids</i>).</li> <li>2. Pemberian nutrisi parenteral (langsung masuk ke dalam darah). Dalam jumlah terbatas</li> <li>3. Pemberian kantong darah dan produk darah.</li> <li>4. Pemberian obat yang terus-menerus (kontinyu).</li> <li>5. Pra dan pasca bedah.</li> <li>6. Dipuaskan.</li> <li>7. Upaya profilaksis (tindakan pencegahan) sebelum prosedur (misalnya pada operasi besar dengan risiko pendarahan , dipasang jalur infuse intravena untuk persiapan jika terjadi syok, juga untuk memudahkan pemberian obat).</li> <li>8. Upaya profilaksis pada pasien-pasien yang</li> </ol>	 <p>Sumber : Trubus, 2019</p>

	tidak stabil, misalnya risikp dehidrasi (kekurangan cairan) dan syok (mengancam nyawa, sebelum pembuluh darah kolaps (tidak teraba), sehingga tidak dapat dipasang jalur infuse.	
<b>Kontraindikasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inflamasi (bengkak, nyeri, demam dan infeksi dilokasi pemasangan infus.</li> <li>2. Derah lengan bawah pada pasien gagal ginjal, karena lokasi ini akan digunakan untuk pemasangan fistula arteri-vena (A-V <i>shunt</i>) pada tindakan hemodialisis (cuci darah).</li> <li>3. Obat-obatan yang berpotensi iritan terhadap pembuluh vena kecil yang aliran darahnya lambat (misalnya pembuluh vena di tungkai dan kaki).</li> </ol>	
<b>Hal-hal yang perlu diperhatikan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pada pasien yang sangat muda dan manula mempunyai vena yang mudah “kabur”. Jadi perawat harus berhati-hati terhadap kedua kelompok tersebut. Pada pasien dengan obesitas umumnya juga sulit ditemukan vena supervisial. Gunakan spalk untuk membantu fiksasi infuse.</li> <li>2. Jika memungkinkan, Tanya pasien lokasi panusukan yang diinginkan.</li> <li>3. Pilih lokasi penusukan yang paling memungkinkan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hindari penusukan pada kulit yang terdapat luka, kuli yang terinfeksi atau bagian yang mengalami penurunan sensasi (misalnya hemiperesis setelah stroke). Terkadang perawat perlu untuk</li> </ul> </li> </ol>	

	<p>menentukan palpasi untuk menentukan lokasi penusukan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hindarkan penusukan pada pergelangan tangan dan lengan atas.</li> <li>• Pilih terlebih dahulu bagian distal.</li> <li>• Hindarkan menusuk di bagian tangan dominan.</li> <li>• Bila pasien pernah dilakukan mastektomi, maka hindarkan penusukan di sisi ekstermitas yang dilakukan mastektomi.</li> </ul> <p>4. Ukuran abocath untuk anak-anak adalah 22-24 sedangkan pada pasien dewasa adalah 24-26 agar mengurangi trauma penusukan dan aliran infuse cukup sesuai kebutuhan.</p> <p>5. Gunakan sudut 5-15 derajat pada saat penusukan untuk pasien manula karena letak vena lebih supervisial.</p> <p>6. Lakukan pengawasan terhadap pemberian terapi cairan infuse setelah pemasangan infuse.</p> <p>7. Perawat harus mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kecepatan aliran infus, seperti posisi lengan, posisi dan kepatenan abocath, ketinggian botol infuse, dan ukuran abocath.</p> <p>8. Instruksikan pasien untuk memberitahu perawat jika terdapat tanda dan gejala inflamasi dan flebitis, seperti kemerahan, bengkak dan nyeri pada lokasi penusukan infus. Minta pasien juga untuk memberitahukan jika terdapat darah di selang infus atau aliran infus menjadi terlalu</p>	
--	--	--

	<p>lambat atau terlalu cepat dari biasanya.</p> <p>9. Ajarkan pasien untuk untuk meninggikan botol infus jika pasien berpindah tempat, misalnya ke toilet. Minta pasien agar tidak membuat lokasi penusukan infus menjadi basah terkena air.</p> <p>10. Minta pasien juga untuk memakai pakaian yang mudah untuk dipakai dan dilepaskan, seperti kemeja.</p> <p>11. Penempatan kanula pada vena proksimal (kubiti atau lengan bawah) sangat dianjurkan untuk larutan infus dengan osmolaritas <math>&gt; 500 \text{ mOsm/L}</math>. Hindarkan vena pada punggung tangan jika mungkin, pertama pada pasien usia lanjut.</p> <p>12. Jangan gunakan vena bagian punggung tangan bila anda memberikan : Asam Amino + glukosa; Glukosa + elektrolit; D5 atau NS yang telah dicampur dengan obat suntik atau Meylon dan lain-lain.</p> <p>13. Pemasangan infus dapat menyebabkan beberapa komplikasi ,seperti:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>Hematoma, yakni darah mengumpul dalam jaringan tubuh akibat pecahnya pembuluh darah arteri vena, atau kapiler, terjadi akibat penekanan yang kurang tepat saat memasukan jarum, atau “tusukan” berulang pada pembuluh darah.</li><li>Infiltrasi, yakni masukan cairan infus kedalam jaringan sekitar (bukan pembuluh darah), terjadi akibat ujung jarum infus melewati</li></ol>	
--	---	--

	<p>pembuluh darah.</p> <p>c. Tromboflebitis, atau bengkak (inflamasi) pada pembuluh vena, terjadi akibat infus yang dipasang tidak dipantau secara ketat dan benar.</p> <p>d. Emboli udara, yakni masuknya udara ke dalam sirkulasi darah, terjadi masuknya udara yang di dalam cairan infuse ke dalam pembuluh darah.</p> <p>e. Rasa perih/ sakit.</p>	
<b>Masalah Keperawatan yang terkait</b>	<p>Risiko infeksi</p> <p>Defisit Volume Cairan</p>	 <p>Sumber : Halodoc, 2019,</p>
<b>Referensi</b>	<p>Laporan Prosedur Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana</p>	 <p>Sumber : Zaid, 2019,</p>



## PROSEDUR TINDAKAN PEMASANGAN INFUS

Nama : .....

NIM : .....

No	K o m p o n e n	Nilai	
		Ya	Tidak
<b>A</b>	<b>PENGKAJIAN</b>  1. Kaji tanda – tanda vital sebagai data dasar 2. Turgor kulit 3. Adanya alergi terhadap plester atau betadine 4. Kecenderungan perdarahan 5. Adanya penyakit atau perlukaan pada ekstremitas 6. Kondisi vena tempat penusukan 7. Berapa lama akan di infuse, jenis infuse, obat yang akan diberikan, untuk menentukan pemilihan vena.		
<b>B</b>	<b>PERENCANAAN</b>  <b>Persiapan alat</b>  1. Cairan infuse 2. Set infuse 3. Kateter IV (abocath) 4. Kassa/ tranparant dressing 5. Tourniquet 6. Cairan antiseptic ( alcohol swab) 7. Alas perlak 8. Plester 9. Sarung tangan bersih 10. Piala ginjal 11. Tiang infuse 12. K/p papan spalk 13. K/p alat cukur  <b>Persiapan pasien</b>		



	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan prosedur dan tujuan prosedur yang akan dilakukan</li> <li>2. Berikan posisi yang nyaman</li> <li>3. Menyiapkan lingkungan dan perhatikan privacy pasien</li> </ol>		
<b>C</b>	<p><b>IMPLEMENTASI</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Siapkan cairan infuse dan selang IV <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perhatikan teknik aseptis saat membuka set infuse steril dan cairan IV</li> <li>• Klem selang, buka tutup penutup dan tusukkan ke bagian botol dan container cairan intravena</li> <li>• Tekan chamber drip dan isi hingga separuhnya, mengobservasi tetesan.</li> <li>• Buka klem pengatur tetesan dan alirkan cairan melalui selang sehingga gelembung udara hilang. Tutup pengaturan tetesan dan pasang penutup ujung selang, pertahankan sterilitas.</li> <li>• Pasang label waktu pada container IV (botol Infuse)</li> </ul> </li> <li>2. Berikan posisi supine pada pasien. Letakkan alas (perlak) di bawah lengan pasien.</li> <li>3. Pilih lokasi yang memungkinkan dan vena yang teraba. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gunakan vena yang dibagian distal terlebih dahulu pada lengan yang tidak dominant</li> <li>• Hindari area yang nyeri saat dipalpasi, area luka, jaringan skar, edema, infeksi.</li> <li>• Pilih vena yang sesuai dengan ukuran IV catheter.</li> <li>• Hindari vena di kaki kecuali lokasi lain tidak dapat diakses</li> <li>• Hindari vena daerah pembedahan. Contoh : post op masektomi, adanya shunt dialysis.</li> <li>• Hindari lokasi pada daerah penonjolan tulang, area fleksi.</li> <li>• Sesuaikan dengan jenis cairan yang diberikan, cairan hipertonis, obat iritatif, pemberian cairan kecepatan tinggi harus diberikan melalui vena yang besar.</li> </ul> </li> </ol>		

	<ol style="list-style-type: none"><li>4. Bila lokasi penusukan berambut / berbulu sebaiknya digunting sekitar 5 cm dari lokasi tusukan.</li><li>5. Pasang tourniquet 12-15 cm diatas lokasi punksi vena untuk menghambat aliran darah. Pasang tourniquet tidak terlalu kencang dan tidak lebih dari 2 menit.</li><li>6. Anjurkan pasien untuk membuka dan menutup gengamannya. Observasi dan palpasi vena yang memungkinkan untuk punksi. Jika vena tidak teraba cobalah beberapa teknik dibawah ini :<ul style="list-style-type: none"><li>• Lepaskan tourniquet dan anjurkan pasien merendahkan lengannya di bawah posisi jantung. Pasang kembali tourniquet dengan lembut.</li><li>• Lepaskan tourniquet dan berikan kompres hangat diatas vena selama 10 menit.</li><li>• Tekuk daerah yang akan di tusuk dan renggangkan sehingga vena tampak</li></ul></li><li>7. Pakai sarung tangan</li><li>8. Bersihkan area pinksi dengan cairan antiseptic (alcohol swab). Dengan cara sirkular dari dalam ke arah luar punksi.</li><li>9. Gunakan tangan non dominan untuk menahan kulit sekitar 2-5 cm dibawah lokasi vena yang akan di punksi.</li><li>10. Tusuk IV cateter (abocath) perlahan – lahan dengan memegang hub cateter ditangan dominan, bevel menghadap keatas dan sudut 15-45 derajat. Kateter dapat ditusuk tepat diatas vena atau dari sisi vena. Masukkan sesuai arah vena.</li><li>11. Jika tampak darah keluar melalui jarum atau chamber cateter, tarik jarum secara perlahan dan masukkan plastic cateter lebih jauh lagi ke vena. Masukkan plastic cateter hingga hub mencapai lokasi tusukan.</li><li>12. Lepaskan penutup selang IV segera dan hubungkan selang dengan cateter atau stabilkan atau tahan kateter dengan tangan non dominan dan lepaskan tourniquet dengan tangan yang lain.</li></ol>		
--	---	--	--

	<p>13. Mulailah teteskan cairan dengan mengatur klem. Amati kulit sekitar tusukan untuk melihat tanda – tanda infiltrasi.</p> <p>14. Bila perlu fiksasi kateter dengan kassa diletakan di bawah hub.</p> <p>15. Berikan plester secara chevron H dan U</p> <p>16. Berikan label, tanggal, jam, lokasi punksi vena dan ukuran kateter yang digunakan pada plester di selang.</p> <p>17. Kalau perlu fiksasi lengan pada papan penyangga / spalk.</p> <p>18. Atur tetesan infuse sesuai jumlah yang dianjurkan</p> <p>19. Rapiakan semua alat dan buang ditempat yang telah di tentukan</p> <p>20. Lepaskan sarung tangan</p> <p>21. Cuci tangan.</p>		
<b>D</b>	<p><b>EVALUASI</b></p> <p>1. Monitor intake dan output cairan setiap hari, turgor kulit, mukosa membran, tanda – tanda vital.</p> <p>2. Inspeksi lokasi penusukan infuse dan ekstremitas setiap 2-4 jam dan adanya tanda – tanda nyeri, pembengkakan, panas, kemerahan, perubahan kecepatan tetesan infuse, terhentinya aliran infuse selama pemasangan infuse</p>		
<b>E</b>	<p><b>DOKUMENTASI</b></p> <p>1. Waktu pelaksanaan tindakan</p> <p>2. Reaksi pasien terhadap tindakan yang diberikan</p> <p>3. Kepatennen aliran infuse dan sesuai kebijakan institusi.</p> <p>4. Nama perawat yang melaksanakan</p>		

**Rekomendasi Pembimbing :**

.....



.....


Nilai :

Jakarta, .....  
Pembimbing

(.....)

## PERSIAPAN TRANSFUSI

<b>Definisi</b>	Terapi invasive (medis) untuk memberikan darah / komponen darah dengan resiko tinggi, berupa morbiditas dan mortalitas baik dalam jangka panjang maupun jangka pendek.	
<b>Tujuan</b>	Memperbaiki sirkulasi darah, Hb dan kadar protein serum	
<b>Indikasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anemia pada pendarahan akut setelah didahului penggantian volume dengan cairan</li> <li>2. Anemia kronis, jika Hb tidak bisa dinaikan dengan cara lain</li> <li>3. Gangguan trombotik, karena defisiensi komponen darah</li> <li>4. Plasma loss/hipo albumin jika tidak dapat lagi di berikan plasma subtitle/larutan albumin</li> </ol>	
<b>Kontraindikasi</b>	Pasien menolak	
<b>Hal-hal yang perlu diperhatikan</b>	Pasien akan diambil sampel darahnya untuk dilakukan <u>cek golongan darah</u> , berdasarkan golongan darah ABO (A, B, AB, atau O) dan berdasarkan rhesus (Rh) yang dibagi rhesus positif dan negatif. Setelah golongan darah sudah sesuai, akan dilakukan pemeriksaan kembali dengan mencocokkan golongan darah yang diambil dari pendonor dengan golongan darah penerima (resipien), dinamakan dengan <i>crossmatch</i> .	

	Pada saat crossmatch, tidak hanya mencocokkan kembali golongan darah pendonor dengan resipien, namun juga dilihat munculnya antibodi yang kemungkinan dapat menyerang sel darah pendonor dan membahayakan tubuh si penerima.	
<b>Masalah Keperawatan yang terkait</b>	1. Defisit Volume Cairan	
<b>Referensi</b>	<b>Laporan Prosedur Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana</b>	 <p>Sumber : Zaid, 2019,</p>



## PROSEDUR TINDAKAN TRANSFUSI

Nama : .....

NIM : .....

No	K o m p o n e n	Nilai	
		Ya	Tidak
A	<b>PENGKAJIAN:</b> 1. Kaji Golongan darah pasien		
B	<b>PERENCANAAN :</b> <b>Persiapan alat</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1 set pemberian darah</li><li>Vena cateter berukuran besar (18- 24)</li><li>Normal saline</li><li>Transfuse set</li><li>Produk darah yang tepat</li><li>Handscoen steril</li><li>Kapas alcohol</li><li>Plester</li><li>Manset tekan darah</li><li>Stetoskop</li><li>Thermometer</li><li>Format <i>inform consen</i> yang telah ditanda tangani</li><li>Bila di perlukan<ul style="list-style-type: none"><li>Pompa infus set</li><li>Filter penurun leukosit</li><li>Penghangat darah</li><li>Kantung tekanan</li></ul></li></ol> <b>Persiapan pasien</b> <ol style="list-style-type: none"><li>Memberitahu prosedur tindakan pada pasien</li><li>Melakukan <i>informed consent</i></li><li>Memonitor tanda-tanda vital (minimal 30 menit sebelum tindakan)</li><li>Cocokkan data pasien dikantong darah dengan data yang ada dilembar observasi</li><li>Kosongkan urine bag</li></ol>		

<b>C</b>	<p><b>IMPLEMENTASI</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengucapkan salam, memperkenalkan diri, dan memberitahukan bahwa tindakan akan segera dilakukan.</li> <li>2. Cuci tangan dan pasang sarung tangan</li> <li>3. Alat-alat didekatkan</li> <li>4. Jika pasien sudah terpasang infuse, ganti infuse dengan blood set</li> <li>5. Bilas atau ganti cairan infuse dengan cairan ns 0,9% kurang lebih 25cc</li> <li>6. Pasang darah/komponen darah yang akan ditransfusikan, kemudian atur kecepatan tetesan darah ( batas aman transfuse dengan kondisi jantung yang baik, tidak ada hipovolemi adalah 1ml/kg bb/ jam (satu kantong darah kira - kira 3 jam).</li> <li>7. Dokter atau perawat harus 15 menit disamping pasien untuk mengawasi keadaan umum, keluhan pasien, dan memonitoring tanda - tanda vital serta tanda - tanda alergi seperti : gatal, sesak nafas, rasa demam, mual, nyeri punggung dll.</li> <li>8. Evaluasi dan pengukuran perlu dilakukan tiap jam, sampai 1-2 jam setelah transfusi berakhir</li> <li>9. Jika ditemukan tanda - tanda alergi, transfuse segera dihentikan, segera ganti blood set dengan yang baru, berikan infuse Ns 0.9%, ukur tanda - tanda vital jika ada gangguan hemodinamik lakukan tindakan berdasarkan pada penatalaksanaan pasien dengan gangguan hemodinamik.</li> <li>10. Rapikan pasien</li> <li>11. Bereskan alat-alat</li> <li>12. Cuci tangan</li> </ol>		
<b>D</b>	<p><b>EVALUASI</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi reaksi pasien setelah pemberian transfusi</li> </ol>		
<b>E</b>	<p><b>DOKUMENTASI</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Waktu pelaksanaan tindakan</li> <li>2. Catat Golongan darah, Rh (+/-) nomor kantong darah, respon pasien dll.</li> <li>3. Nama perawat yang melaksanakan</li> </ol>		



**Rekomendasi Pembimbing :**

.....

.....



**Nilai :**

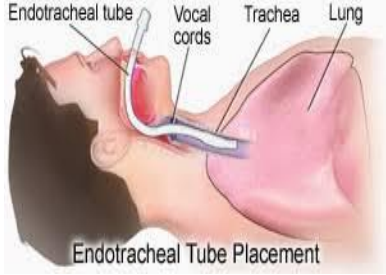
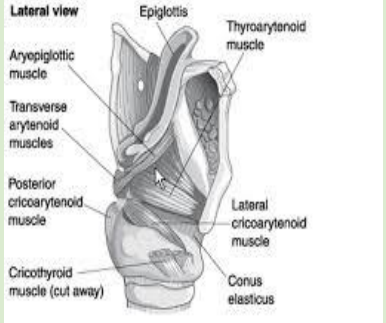
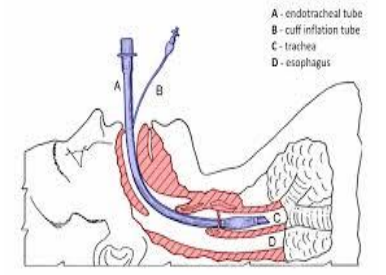
**Jakarta, .....  
Pembimbing**



**(.....)**



## PERSIAPAN INTUBASI

<b>Definisi</b>	<p>Intubasi endotrakeal adalah proses memasukan pipa endotrakeal kedalam trakea pasien. Dalam hal ini intubasi didalam trakea merupakan tata laksana jalan napas tingkat lanjut.</p>	 <p>ENDOTRACHEAL TUBE / ETT</p> <p>Sumber : alodokter, 2017</p>
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menghilangkan hambatan pada saluran pernapasan.</li> <li>2. Membuka saluran pernapasan agar dokter dapat menyalurkan oksigen, ataupun obat-obatan ke dalam tubuh pasien.</li> <li>3. Membantu pernapasan pada penderita penyakit atau kondisi yang dapat mengancam pernapasan, seperti <a href="#">status epileptikus</a>, status asmatikus (kegawatan pada asma yang tidak membaik dengan pengobatan), anafilaksis, <a href="#">pneumonia</a> berat, <a href="#">PPOK</a>, pembengkakan paru, luka berat pada wajah dan leher, <a href="#">emboli paru</a>, <a href="#">gagal jantung</a>, cedera kepala berat, atau pada pasien <a href="#">syok</a>.</li> <li>4. Memudahkan dokter melihat saluran pernapasan bagian atas.</li> <li>5. Mencegah masuknya makanan, asam lambung, air liur, dan benda asing lainnya ke dalam paru-paru, ketika pasien tidak sadar.</li> <li>6. Memberikan bantuan pernapasan pada pasien yang menjalani operasi dengan anestesi (bius) umum.</li> </ol>	 <p>Sumber : Infokes, 2017</p>

<b>Indikasi</b>	<p>Pada kasus henti jantung, pasien sadar dengan gangguan pernafasan dimana pemberian oksigen dirasa tidak adekuat dengan alat-alat ventilasi yang tidak invasif, atau pada keadaan dimana pasien tidak dapat mempertahankan jalan napas (pasien koma).</p>	 <p>Endotracheal Tube Placement</p> <p>Sumber : Tifanny, 2019</p>
<b>Kontraindikasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Obstruksi jalan napas total</li> <li>2. Kelainan pada supraglotis atau glottis</li> <li>3. Trauma laring</li> <li>4. Transeksi jalan napas</li> <li>5. Deformitas wajah atau orofaring</li> </ol>	 <p>Sumber : Halfian, 2017</p>
<b>Hal-hal yang perlu diperhatikan</b>	<p>Setelah menjalani prosedur intubasi endotrakeal, pasien akan mengalami sakit tenggorokan dan kesulitan dalam menelan, namun akan segera pulih setelah tabung endotrakeal dicabut. Jika mengalami beberapa gejala di bawah ini setelah intubasi endotrakeal, segera hubungi dokter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wajah membengkak.</li> <li>• Nyeri pada dada.</li> <li>• Kesulitan berbicara.</li> <li>• Kesulitan menelan.</li> <li>• Napas menjadi sesak.</li> <li>• Sakit tenggorokan yang parah.</li> </ul>	 <p>Sumber : Halfian, 2017</p>

<p><b>Masalah Keperawatan yang terkait</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketidakefektifan pola napas b.d gangguan neurologis (mis., trauma kepala).</li> <li>2. Kekurangan volume cairan b.d gangguan mekanisme regulasi.</li> <li>3. Penurunan curah jantung b.d perubahan frekuensi jantung.</li> <li>4. Gangguan rasa nyaman nyeri b.d agen cedera fisik.</li> <li>5. Gangguan eliminasi urine b.d penyebab multipel.</li> <li>6. Intoleran aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.</li> </ol>	 <p>Sumber : Novita, 2019,</p>
<p><b>Referensi</b></p>	<p><b>Laporan Prosedur Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana</b></p>	 <p>Sumber : Zaid, 2019,</p>

## PROSEDUR TINDAKAN PERSIAPAN INTUBASI

Nama : .....

NIM : .....

No	K o m p o n e n	Nilai													
		Ya	Tidak												
A	<b>PENGKAJIAN:</b>  1. Kaji jalan nafas pasien tidak efektif dan membutuhkan ventilasi mekanik terhadap pasien yang mengalami :  • Penurunan kesadaran / perubahan status mental  • Penuruna PaO2 dari nilai normal  • Peningkatan PaCO2 dari nilai normal  • Frekuensi pernafasan kurang dari 7x/menit atau lebih dari 40 x/mnt  • Antisipasi kolaps kerdiovaskuler atau pernafasan (sepsis, luka bakar dsb)  • Tidak dilakukan bila pasien mengalai fraktur servikal atau kerusakan trakea  2. kaji kondisi mulut adakah fraktur mandibula atau gigi yang terlepas 3. Kaji refleks batuk 4. Kaji adanya trauma cervical														
B	<b>PERENCANAAN</b>  <b>Persiapan alat</b>  1. Set ETT sesuai ukuran pasien. Ukuran ETT berdasarkan usia dan berat badan. Estimasi berdasarkan ukuran jari kelingking pasien. Pada pria dewasa tube 7-8,5 mm, wanita dewasa 7-8 mm. <table border="1"><tr><th>Usia</th><th>Berat Badan (Kg)</th><th>Ukuran ETT</th></tr><tr><td>Prematur</td><td>1,5-2</td><td>3.0</td></tr><tr><td>Baru lahir -3 bulan</td><td>3-6</td><td>3.5</td></tr><tr><td>1-12 bulan</td><td>7-10</td><td>4.0</td></tr></table>	Usia	Berat Badan (Kg)	Ukuran ETT	Prematur	1,5-2	3.0	Baru lahir -3 bulan	3-6	3.5	1-12 bulan	7-10	4.0		
Usia	Berat Badan (Kg)	Ukuran ETT													
Prematur	1,5-2	3.0													
Baru lahir -3 bulan	3-6	3.5													
1-12 bulan	7-10	4.0													

	<table><tr><td>2 tahun</td><td>12</td><td>5.0</td></tr><tr><td>4 tahun</td><td>16</td><td>5.5</td></tr><tr><td>6 tahun</td><td>20</td><td>6.0</td></tr><tr><td>8 tahun</td><td>25</td><td>6.5</td></tr><tr><td>10 tahun</td><td>34</td><td>6.5</td></tr><tr><td>12 tahun</td><td>40</td><td>6.5-7.0</td></tr><tr><td>14 tahun</td><td>50</td><td>7.0</td></tr></table>	2 tahun	12	5.0	4 tahun	16	5.5	6 tahun	20	6.0	8 tahun	25	6.5	10 tahun	34	6.5	12 tahun	40	6.5-7.0	14 tahun	50	7.0		
2 tahun	12	5.0																						
4 tahun	16	5.5																						
6 tahun	20	6.0																						
8 tahun	25	6.5																						
10 tahun	34	6.5																						
12 tahun	40	6.5-7.0																						
14 tahun	50	7.0																						
	<div>2. Xylocain jelly / spray</div> <div>3. Obat –obat yang membuat paralisis dan sedasi</div> <div>4. Plester</div> <div>5. Stethoscope</div> <div>6. Bag valve mask dengan oksigen 100%</div> <div>7. Laryngoscope handle dan laryngoscope blades</div> <div>8. Korentang steril</div> <div>9. Alat untuk suction</div> <div>10. OPA</div> <div>11. Spuit 10 cc</div> <div>12. Sarung tangan disposable</div> <div>13. K/p restrain</div> <div>Persiapan pasien</div> <div>1. Beri penjelasan mengenai tindakan dan tujuannya</div> <div>2. Preoksigen dengan oksigen 100% dengan menggunakan nonrebreating mask atau bag-valve mask sesuai indikasi</div> <div>3. Berikan sedative, agen paralitik / anastesi topical jika diperlukan</div> <div>4. Restrain pasien sesuai indikasi</div> <div>5. Atur posisi pasien terlentang data</div>																							
C	<div>IMPLEMENTASI</div> <div>1. Mencuci tangan</div> <div>2. Pastikan seluruh alat laryngoscope berfungsi dengan baik</div> <div>3. Membersihkan jalan nafas terhadap secret atau darah</div>																							

	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Anastesi mukosa nasal dengan topical lidokain dan topical vasokonstriktor</li> <li>5. Lakukan pra-oksigenasi dengan ventilasi masker (100% oksigen)</li> <li>6. Memberi posisi pasien yang sesuai dan tidak mengganggu jalan nafas pasien</li> <li>7. Membantu dokter memakai sarung tangan</li> <li>8. Memberikan laryngoscope kepada dokter</li> <li>9. Membuka asking ETT. Masukkan udara ke balon ETT untuk test udara dan kempeskan setelah test dengan spuit 10 cc</li> <li>10. Mengolesi jelly pada ujung ETT dan introducer ETT</li> <li>11. Mengisi cuff ETT dengan udara</li> <li>12. K/p memasang OPA</li> <li>13. Memfiksasi ETT dengan plester</li> </ol>		
<b>D</b>	<p><b>EVALUASI</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inspeksi dan auskultasi kedua lapang paru</li> <li>2. Observasi kemungkinan komplikasi yang mungkin timbul : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Distensi gaster : muntah dan penurunan tidal volume</li> <li>• Dislokasi tube : selalu cek posisi tube terutama setelah pasien bergerak</li> <li>• Kerusakan gigi, mukosa posterior paring dan laring</li> </ul> </li> <li>3. Observasi kedalaman ETT</li> <li>4. Lakukan pemeriksaan foto thoraks</li> </ol>		
<b>E</b>	<p><b>DOKUMENTASI</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Waktu pelaksanaan tindakan</li> <li>2. Catat no ETT yang digunakan, batas ETT (kedalaman)</li> <li>3. Respon pasien terhadap tindakan</li> <li>4. Nama perawat yang melaksanakan tindakan</li> </ol>		



**Rekomendasi Pembimbing :**

.....

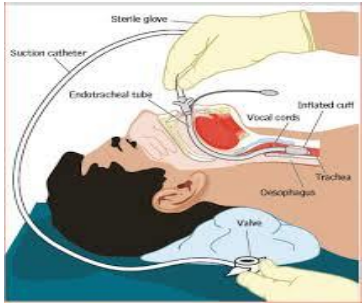
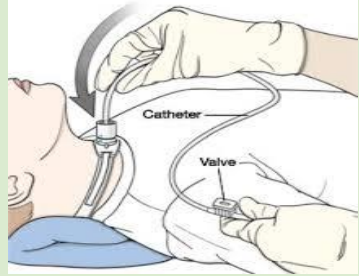
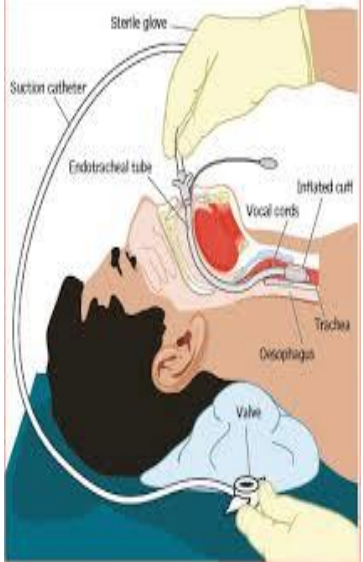
.....

**Nilai :**

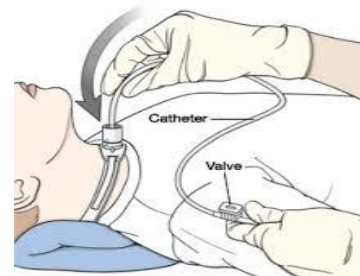

**Jakarta, .....  
Pembimbing**


**(.....)**

## TINDAKAN SUCTION ORAL/NASO/ETT

<b>Definisi</b>	<p>Penghisapan merupakan tindakan untuk mempertahankan jalan nafas sehingga memungkinkan terjadinya proses pertukaran gas yang adekuat dengan cara mengeluarkan sekret pada pasien yang tidak mampu mengeluarkannya sendiri.</p>	 <p>Sumber : RCNI, 2016</p>
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membersihkan jalan nafas</li> <li>2. Memenuhi kebutuhan oksigenasi</li> </ol>	 <p>Sumber : RCNI, 2016</p>
<b>Indikasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjaga jalan napas tetap bersih (airway maintenance), apabila: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien tidak mampu batuk efektif.</li> <li>b. Diduga aspirasi</li> </ol> </li> <li>2. Membersihkan jalan napas (bronchial toilet), apabila ditemukan: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pada auskultasi terdengar suara napas yang kasar atau ada suara napas tambahan.</li> <li>b. Diduga ada sekresi mucus pada saluran pernapasan.</li> <li>c. Apabila klinis memperlihatkan adanya peningkatan beban kerja sistem pernafasan.</li> </ol> </li> <li>3. Pengambilan specimen untuk pemeriksaan laboratorium.</li> <li>4. Sebelum dilakukan radiologis ulang untuk evaluasi.</li> <li>5. Untuk mengetahui kepatenan dari pipa</li> </ol>	 <p>Sumber : RCNI, 2016</p>



	endotrakeal.	
<b>Kontraindikasi</b>	<p>Ketika suctioning ditunjukkan, tidak mutlak dan contraindications ada kegagalan sedotan untuk dapat membuktikan untuk lebih merugikan dari potensi buruk reaksi. Namun, rutin atau 'dijadwalkan' suctioning, dengan tidak ada indikasi kebutuhan tidak dianjurkan</p>	
<b>Hal-hal yang perlu diperhatikan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lepaskan ventilator pada pasien lalu beri oksigen melalui <i>ambu bag</i> sebanyak 4-5 kali disesuaikan dengan volume tidal pasien.</li> <li>2. Lumasi ujung kateter dengan jelly dan masukan kateter suction ke dalam jalan napas buatan tanpa melakukan pengisapan.</li> <li>3. Batasi waktu suction 10-15 detik dan hentikan proses suction apabila denyut jantung pasien meningkat sampai 40 kali/menit.</li> <li>4. Ventilasikan pasien dengan <i>ambu bag</i> setelah suction tiap periodenya.</li> <li>5. Jika sekresi sangat pekat, maka dicairkan dengan memasukkan NaCl steril 3-5 cc ke dalam jalan napas buatan.</li> <li>6. Bilas kateter di antara setiap pelaksanaan suction.</li> </ol>	 <p>Sumber : RCNI, 2016</p>
<b>Masalah Keperawatan yang terkait</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas yang berhubungan dengan kemampuan batuk lemah</li> <li>2. Gangguan pola napas berhubungan dengan penumpukan sekret</li> </ol>	 <p>Sumber : Novita, 2019,</p>

<b>Referensi</b>	<b>Laporan Prosedur Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana</b>	 Sumber : Zaid, 2019,
------------------	---	---

## PROSEDUR TINDAKAN TINDAKAN SUCTION/ ORAL/ NASO /ETT

Nama : .....

NIM : .....

No	K o m p o n e n	Nilai	
		Ya	Tidak
<b>A</b>	<b>PENGKAJIAN:</b>  1. Kaji ketidakefektifan bersihan jalan nafas, sekresi berlebihan, penurunan saturasi oksigen, gelisah atau iritabel dan penurunan suara nafas 2. Identifikasi faktor-faktor yang meningkatkan resiko komplikasi dari ETT : tipe dan ukuran tube, pergerakan tube naik dan turun trakea, lamanya pemasangan. 3. Kaji pengetahuan kenyamanan pasien terhadap tindakan 4. Kaji posisi ETT (kedalaman/ batas bibir) 5. Kaji hemodinamika pasien		
<b>B</b>	<b>PERENCANAAN :</b> <b>Persiapan alat</b> 1. Alat suction ET dan oropharing (portable atau pada dinding) 2. Kateter suction 3. Tabung oksigen dan selan / bag valve mask 4. Handuk atas 5. Plester atau tape waterproof 6. Sarung tangan bersih dan steril 7. Mangkok steril berisi normal salin (NS) 8. Cariran untuk melepas plester atau kapas acetone 9. Alat perawatan mulut : sikat gigi, pasta gigi, pembersih mulut 10. Pembersih wajah : waslap, handuk, sabun 11. Kassa		

	<p><b>Persiapan pasien</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan tujuan tindakan terhadap keluarga / pasien</li> <li>2. Berikan posisi fowler dengan posisi kepala datar</li> <li>3. Bila pasien tidak kooperatif restrain atau beri sedative jika diperlukan</li> <li>4. Letakkan handuk diatas dada pasien</li> <li>5. Jelaskan kepada pasien untuk tidak mengigit selang ETT</li> </ol>		
<b>C</b>	<p><b>IMPLEMENTASI</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencuci tangan</li> <li>2. Buka kateter suction, jangan sampai kateter suction menyentuh sesuatu yang tidak steril. Buka kom steril yang berisi normal saline 100 cc letakkan diatas meja. Hati-hati jangan menyentuh mulut kom.</li> <li>3. Gunakan sarung tangan steril pada tangan yang dominan dan tidak steril pada tangan yang tidak dominan</li> <li>4. Hubungkan selang suction yang tidak steril dengan kateter suction yang steril. Putar alat suction kearah “on” dan atur tekanan negative vakum dengan tekanan 80-120mmHg untuk orang dewasa</li> <li>5. Hiperoksigenasi pada pasien diberikan dengan resusitasi bag atau manual pernafasan mesin ventilator sesuai protocol RS atau status pasien (biasanya O2 100%)</li> <li>6. Memulai untuk suction melalui ETT. Dibeberapa RS, kateter ETT dihubungkan dengan sirkuit mesin ventilator dengan pasien sebagai terapi pernafasan. Maka hubungkan pasien dengan mesin ventilator dilepas sementara pada saat suction. Jika tidak ada, suction terbuka dilakukan secara teknik aseptik</li> <li>7. Dengan tangan tidak dominan ambil NS 2-3 ml dengan spuit kedalam ETT</li> <li>8. Tunggu sampai dengan pasien menghisap NS atau ventilator mekanik</li> <li>9. Masukkan kateter suction sampai dengan carina, tarik kateter 1-2 cm,</li> </ol>		

	<p>keudian aktifkan suction secara rotasi, tidak lebih dari 10-15 detik</p> <p>10. Minta asisten untuk member hyperventilasi dengan oksigen 100% melalui bag valve mask. Oksigenasi harus diberikan selama 1 menit setelah suction atau sampai dengan pasien menunjukkan tanda pemulihan</p> <p>11. Hubungkan kembali pasien dengan ventilator</p> <p>12. Bilas kateter dengan aspirasi NS 5-10 cc</p> <p>13. Ulangi prosedur bila sekresi berlebihan setelah satu menit</p> <p>14. Bila perlu suction melalui hidung atau oroparing</p> <p>15. Persiapan fiksasi / plester ETT, potong 24-48 cm, tempelkan tempelkan di bedside table potong 8-16 cm</p> <p>16. Instruksikan asisten untuk memakai sarung tangan dan memegang ETT untuk mempertahankan pada posisi yang tepat</p> <p>17. Hati-hati melepas tape dari tube ET dan wajah pasien. Bila tipe sulit dilepaskan berikan pelumas. Buang tape pada kantong plastic</p> <p>18. Gunakan swab adhesive untuk melepas kelebihan perekat diwajah</p> <p>19. Lepaskan OPA bila ada</p> <p>20. Bersihkan mulut, bibir, dan gigi sekitar ETT dengan cairan pembersih mulut dengan spatel dibungkus kassa</p> <p>21. Oral ETT: dengan bantuan asisten, gerakan ETT kearah berlawanan tetapi jangan merubah kedalaman ETT</p> <p>22. Ulangi membersihkan mulut pada sisi seberang mulut</p> <p>23. Bersihkan wajah dan leher dengan sabun, bilas dan keringkan</p> <p>24. Plester / fiksasi : tempelkan plester dari telinga kesudut mulut.</p> <p>25. Berikan pasien posisi yang nyaman</p> <p>26. Bereskan alat, lepaskan sarung tangan dan cuci tangan</p>		
<b>D</b>	<p><b>EVALUASI</b></p> <p>1. Observasi jalan nafas bagaimana posisinya, Kedalaman ETT harus sama dengan sebelum merawat (sesuai pesanan medic) dengan batas bibir yang sama dan suara nafas sama dikedua lapang paru</p>		



	<ol style="list-style-type: none"><li>2. Ukur temperature tubuh pasien : observasi stoma terhadap tanda infeksi</li><li>3. Observasi mukosa mulut pasien</li><li>4. Bandingkan hasil pengkajian sebelum dan sesudah perawatan ETT. Observasi tandakerusakan jaringan atau adanya sekresi yang kering</li><li>5. Observai reaksi pasien pada saat suction dan perawatan ETT</li></ol>		
<b>E</b>	<b>DOKUMENTASI</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Waktu pelaksanaan tindakan</li><li>2. Catat hasil pengkajian pernafasan sebelum dan sesudah perawatan</li><li>3. Catat perawatan ETT : dalamnya ETT yang masuk, frekuensi pernafasan , toleransi pasien, dan adanya komplikasi terhadap penggunaan ETT</li><li>4. Nama perawat yang melaksanakan</li></ol>		

**Rekomendasi Pembimbing :**

.....

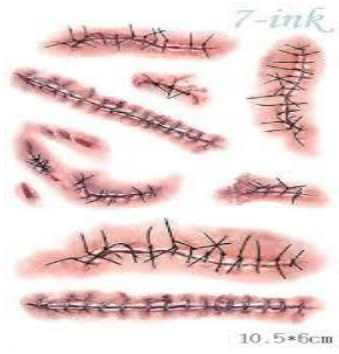
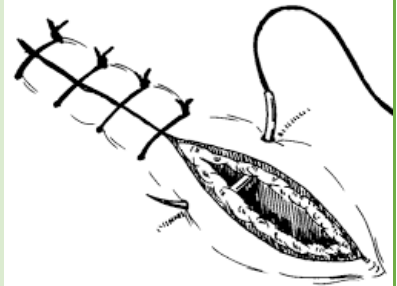

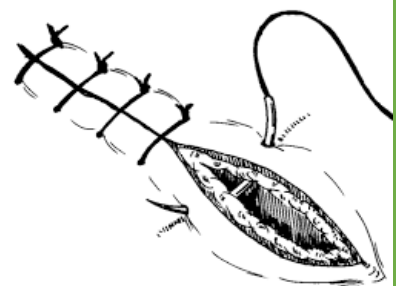
.....

**Nilai :**

**Jakarta, .....  
Pembimbing**

**(.....)**

## TINDAKAN *HECTING* LUKA

<b>Definisi</b>	Tindakan menghubungkan jaringan yang terputus atau terpotong untuk mencegah pendarahan dengan menggunakan benang.	 <p>Sumber : Awe, 2016</p>
<b>Tujuan</b>	Meningkatkan kualitas pelayanan perawatan luka agar tidak terjadi infeksi lanjut.	 <p>Sumber : Fitriani, 2016</p>
<b>Indikasi</b>	Penanganan luka baru yang terbuka seperti luka superfisial, luka yang bersih, ataupun luka operasi.	 <p>Sumber : Halodoc, 2017</p>
<b>Kontraindikasi</b>	Pada luka yang memungkinkan terjadinya infeksi, seperti luka gigitan manusia atau gigitan hewan, sebaiknya tidak dilakukan penjahitan.	
<b>Hal-hal yang perlu diperhatikan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Waktu menjahit pengambilan jaringan pada tepi luka/insisi harus secukupnya (0,2 – 0,3 cm).</li> <li>• Letak benang jahit pada jahitan berseberangan harus sejajar agar pertautan kedua tepi permukaan luka dapat sempurna.</li> <li>• Jarak jahitan pada masing-masing jahitan</li> </ul>	

	<p>sebaiknya tidak terlalu dekat atau jauh kurang lebih berjarak 0,3 – 0,5 cm, untuk menghindari adanya tegangan jahitan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Simpul jangan terlalu erat karena jaringan akan teriris oleh benang.</li> </ul>	<p>Sumber : Fitriani, 2016</p>
<p><b>Masalah Keperawatan yang terkait</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imobilisasi fisik</li> <li>2. Nyeri yang berhubungan dengan insisi bedah</li> </ol>	 <p>Sumber : Halodoc, 2017</p>
<p><b>Referensi</b></p>	<p><b>Laporan Prosedur Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana</b></p> <p><a href="https://oshigita.wordpress.com/2013/05/10/penjahitan-luka/">https://oshigita.wordpress.com/2013/05/10/penjahitan-luka/</a></p>	 <p>Sumber : Zaid, 2019,</p>



## PROSEDUR TINDAKAN HECTING LUKA

Nama : .....

NIM : .....

No	K o m p o n e n	Nilai	
		Ya	Tidak
<b>A</b>	<b>PENGKAJIAN :</b> 1. Kaji tipe injury (tumpul/tajam atau keduanya ) 2. Mekanisme injury (bagaimana dan apa penyebabnya ) 3. Kaji lingkungan atau tempat injury 4. Kaji waktu / lamanya injury, bila kurang dari 6 jam langsung jahit rapat. Bila lebih dari 6 jam (kecuali di wajah > 12 jam ) dijahit tidak rapat 5. Kaji luasnya injury 6. Kaji adanya riwayat alergi 7. Kaji status imunisasi tetanus 8. Kaji usia pasien 9. Kaji status sirkulasi 10. Kaji adanya riwayat penyakit (DM, CRF) 11. Kaji adanya penggunaan obat-obatan (aspirin, antikoagulan, steroid) 12. Kaji kemampuan pergerakan / ROM 13. Kaji persepsi sensory pasien		
<b>B</b>	<b>PERENCANAAN :</b> <b>Persiapan alat</b> 1. Set jahit luka (sarung tangan steril, jarum otot dan jarm kulit, penjepit, duk berlubang, klem arteri, pinset anatomis, dan cirugris, gunting, kassa, tuffer dan lidi kapas) 2. Sarung tangan disposable 3. Cairan pencuci luka (NaCl 0,9%) 4. Desinfektan (betadin solution dan alcohol 70%)		

	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Obat anastesi (lidokain, prokain)</li> <li>6. Sduit 2,5 cc atau 5 cc</li> <li>7. Benang jahit (kulit, otot)</li> <li>8. Tromol (kassa, tuffer, lidi kapas) dan korentang steril</li> <li>9. Piala ginjal</li> <li>10. Perlak</li> <li>11. Kapas bulat</li> <li>12. Sofratule</li> <li>13. Leukoplas / micropore</li> <li>14. Gunting</li> <li>15. Kom steril</li> </ol> <p><b>Persiapan pasien</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan prosedur dan tujuan</li> <li>2. Persiapan lingkungan</li> <li>3. Berikan posisi yang nyaman</li> </ol>		
<b>C</b>	<p><b>IMPLEMENTASI</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencuci tangan</li> <li>2. Gunakan sarung tangan disposable</li> <li>3. Pasang alas perlak dibawah luka</li> <li>4. Cuci kulit sekitar luka dengan air sabun/ air mengalir. Bila luka dalam keadaan bersih cuci dengan Nacl 0,9%</li> <li>5. Keringkan luka dengan kassa</li> <li>6. Desinfeksi sekitar luka secara sirkuler sejauh 5 cm dengan bethadine kemudian dengan alcohol 70%</li> <li>7. Lakukan anastesi secara subcutan dari ujung luka membentuk belah ketupat sekitar ½ cm dari tepi luka</li> <li>8. Kaji afektivitas obat anastesi</li> <li>9. Bila luka kotor dan tempat injury yang kotor luka dicuci dengan H2O2 3% lalu bilas dengan NaCl 0,9% lalu keringkan dengan kassa</li> </ol>		

	<p>10. Bila keadaan luka banyak jaringan nekrosis dilakukan eksisi 3 mm tepi luka</p> <p>11. Desinfeksi kembali are aluka dengan bethadine dan alcohol 70% untuk persiapan menjahit</p> <p>12. Lepaskan sarung tangan disposable</p> <p>13. Buka set jahit dengan korentang steril</p> <p>14. Gunakan sarung tangan steril</p> <p>15. Siapkan benang sesuai kebutuhan</p> <p>16. Pasang duk berlubang dan klem dengan penjepit kain</p> <p>17. Tangan dominan digunakan untuk menjepit jarum dan melakukan penjahitan pada tepi luka 1/3 pada luar luka</p> <p>18. Tangan kiri memegang pinset lalu mengambil kulit dan jaringan yang akan dijahit</p> <p>19. Menjahit luka dengan jarak ½ cm tepi luka dan jarak antar jahitan 1 cm, buatsimpul 2-3 kali engan arah yang berbeda dan sisa benang ½ cm dari simpul</p> <p>20. k/p bersihkan darah yan mengalir dengan kassa</p> <p>21. Olesi bethadine dengan menggunakan lidi kapas atau sofratule diatas luka yang telah dijahit</p> <p>22. Tutup luka dengan kasssa dan fiksasi</p> <p>23. Bereskan alat dan cuci tangan</p>		
<b>D</b>	<p><b>EVALUASI</b></p> <p>1. Respon pasien terhadap tindakan</p> <p>2. Kesiapan pasien terhadap prosedur</p> <p>3. Adanya perdarahan dari area luka</p>		
<b>E</b>	<p><b>DOKUMENTASI</b></p> <p>1. Waktu pelaksanaan</p> <p>2. Catat kondisi luka dan adanya erdarahan</p> <p>3. Jumlah jahitan</p> <p>4. Cairan pencuci luka yang digunakan</p>		



	5. Jenis dan jumlah obat anastesi yang digunakan		
	6. Nama perawat yang melaksanakan		

**Rekomendasi Pembimbing :**

.....  
.....


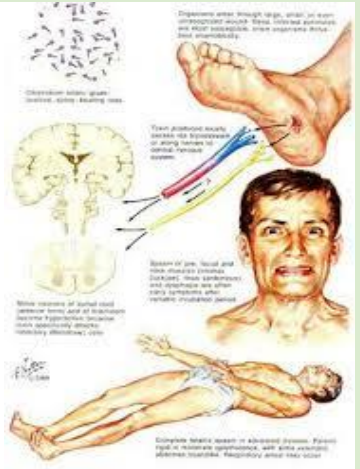

**Nilai :**

**Jakarta, .....  
Pembimbing**

**(.....)**

## PEMBERIAN ATS (ANTI TETANUS SERUM)

<b>Definisi</b>	<p>Serum anti tetanus adalah serum yang mengandung antitoksin terhadap toksin kuman tetanus. Serum anti tetanus diberikan saat pembersihan luka di rumah sakit, pada pasien yang status imunisasi tetanusnya tidak lengkap atau tidak diketahui. Serum ini digunakan sebagai imunisasi pasif, hanya jika imunoglobulin tetanus tidak tersedia.</p>	 <p>Sumber : Scrib, 2017</p>
<b>Tujuan</b>	<p>Menetralkan toksin yang beredar di dalam darah dan dapat juga diberikan sebagai profilaksis</p>	 <p>Sumber : Scrib, 2017</p>
<b>Indikasi</b>	<p>Pada penatalaksanaan kasus tetanus dan sebagai pencegahan tetanus pada luka yang berisiko dan memiliki riwayat vaksinasi tetanus tidak lengkap (&lt;3 dosis) atau tidak diketahui. Luka yang berisiko tetanus antara lain luka dengan dalam &gt;1 cm, luka kotor, luka yang terpapar tanah, air liur atau tinja, luka nekrotik atau terinfeksi, luka tusuk atau amputasi atau <i>crush injury</i>, luka bakar luas dan derajat tinggi..</p>	 <p>Sumber : Scrib, 2017</p>
<b>Kontraindikasi</b>	<p>Hipersensitivitas terhadap antitoksin tetanus</p>	

	atau serum kuda. Namun dalam keadaan gawat darurat, penggunaannya dapat dipertimbangkan oleh tenaga medis dan dapat dilakukan desensitisasi.	
<b>Hal-hal yang perlu diperhatikan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberian vaksin tetanus</li> <li>2. Perawatan luka secara bedah yang benar</li> <li>3. Pemberian antitoksin tetanus</li> <li>4. Pemberian antibiotika dan identifikasi catatan medis emergency</li> </ol>	 <p><b>ANTI TETANUS SERUM</b></p> <p>Sumber : Scrib, 2017</p>
<b>Masalah Keperawatan yang terkait</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imobilisasi fisik</li> <li>2. Nyeri yang berhubungan dengan insisi bedah</li> </ol>	 <p>Sumber : Herry, 2017</p>
<b>Referensi</b>	<b>Laporan Prosedur Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana</b>	 <p>Sumber : Zaid, 2019,</p>

## ROSEDUR TINDAKAN PEMBERIAN ATS (ANTI TETANUS SERUM)

Nama : .....

NIM : .....

No	K o m p o n e n	Nilai	
		Ya	Tidak
<b>A</b>	<b>PENGKAJIAN :</b>  1. Kaji riwayat pemberian imunisasi tetanus. DPT sebelumnya 2. Kaji lamanya perlukaan > 6 jam 3. Gambaran luka : avulse, abrasi 4. Kedalaman luka lebih dari 1 cm 5. Kaji mekanisme injury : luka bakar, luka hancur, peluru, udara dingin, senjata/pisau, paku 6. Kaji adanya anda infeksi, adanya kontaminasi kotoran, feses, tanah, saliva 7. Kaji adanya jaringan iskemik		
<b>B</b>	<b>PERENCANAAN :</b>  <b>Persiapan alat</b> 1. Obat ATS untuk dewasa 1500 unit dan 750 unit untuk anak-anak 2. Spuit 2,5 atau 3 cc 3. Alcohol 70% / swab alkohol 4. Piala ginjal  <b>Persiapan pasien</b> 1. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan dan tujuan tindakan		
<b>C</b>	<b>IMPLEMENTASI :</b>  1. Cuci tangan 2. Sebelum menyuntikan obat lakukan terlebih dahulu tes alergi		

	<p>terhadap obat secara intra dermal. Observasi selama minimal 15 menit. Bila tidak ada respon alergi obat langsung disuntikan secara intra muscular</p> <p>3. Lakukan desinfeksi dengan alcohol atau dengan swab alcohol</p> <p>4. Bila ada reaksi obat/ alergi, lakukan dengan cara :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0,1 cc ATS + 0,9 cc aquadest disuntikan secara subcutan lalu observasi selama 30 menit</li> <li>• 0,5 cc ATS + 0,5 cc aquadest disuntikan secara subcutan lalu observasi selama 30 menit</li> <li>• Bila tidak ada reaksi suntikan semua obat secara intra muscular</li> </ul>		
<b>D</b>	<p><b>EVALUASI</b></p> <p>1. Kesiapan pasien terhadap prosedur yang akan dilakukan</p> <p>2. Evaluasi efek pemberian obat</p>		
<b>E</b>	<p><b>DOKUMENTASI</b></p> <p>1. Waktu pelaksanaan tindakan</p> <p>2. Catat dosis dan cara pemberian ATS dan respon pasien</p> <p>3. Nama perawat yang melaksanakan</p>		

**Rekomendasi Pembimbing :**

.....

.....

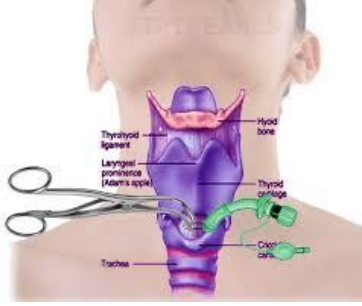

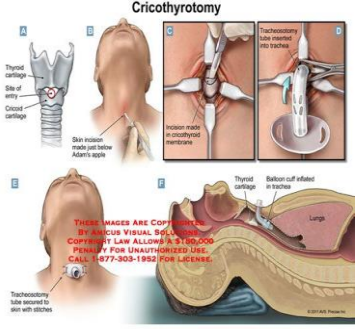
**Nilai :**


**Jakarta, .....  
Pembimbing**

(.....)



## TINDAKAN CRICOTHYROTOMY

<b>Definisi</b>	Tindakan penyelamat pada pasien dalam keadaan gawat napas. Dengan cara membelah membrane krikotiroid untuk dipasang kanul. Membrane ini terletak dekat kulit, tidak terlalu kaya darah sehingga lebih mudah dicapai. Tindakan ini harus dikerjakan cepat walaupun persiapannya darurat (Hadiwikarta, dkk, 2010).	 <p>Sumber : Bhimji, 2017</p>
<b>Tujuan</b>	Membantu proses napas pada orang yang mengalami gangguan pernapasan	 <p>Sumber : Medical, 2018</p>
<b>Indikasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Indikasi Absolut krikotiroidotomi : <ul style="list-style-type: none"> <li>o gagal intubasi, tidak terjadi ventilasi, atau pasien tidak bias tenang terhadap pemasangan alat bantu nafas.</li> </ul> </li> <li>2. Indikasi relative krikotiroidotomi : <ul style="list-style-type: none"> <li>o trauma wajah atau orofaringeal yang massif</li> <li>o pembengkakan wajah atau orofaringeal yang masif.</li> </ul> </li> </ol>	 <p>Sumber : Medical, 2018</p>
<b>Kontraindikasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kontraindikasi absolute : tidak ada kontraindikasi absolute untuk dilakukan krikotiroidotomi</li> <li>2. Kontraindikasi relative :</li> </ol>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transeksi trakea dengan retraksi trakea ke mediastinum</li> <li>• Fraktur laring atau trauma pada kartilago krikoid</li> <li>• Tumor laring</li> <li>• Anak usia &lt; 8 tahun karena anatomi kecil dan jaringannya sangat lembut</li> <li>• Gangguan perdarahan</li> <li>• Edema leher yang masif</li> <li>• Inflamasi laring yang berat (laringotrakeitis, difteri, inflamasi kimia, TB).</li> </ul>	
<b>Hal-hal yang perlu diperhatikan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jika status pasien dan situasinya memungkinkan ( yang hampir selalu tidak memungkinkan ) , jelaskan tindakan tersebut kepada pasien dan mintalah ijinnya</li> <li>2. Temukan membran krikotiroid yang terletak disebelah inferior kartilago tiroid dan disebelah superior tepi krikoid.</li> <li>3. Lakukan persiapan untuk pembedahan dan anastesia (bila waktu memungkinkan)</li> <li>4. Tusukkan jarum melalui kulit dan kemudian melalui bagian inferior membran krikotiroid dengan penghisapan yang konstan dan posisi jarum membentuk sudut 45 derajat terhadap kulit serta mengarah ke kaudal.</li> <li>5. Begitu gelembung udara diaspirasi,kurang sudut terhadap kulit sampai kira-kira 15 derajat,kemudian tusukan lebih lanjut 1-2mm,dan pastikan kembali aspirasi udara kedalam sempit.</li> <li>6. Segera dorong kateter mengikuti jarum kedalam</li> </ol>	 <p>Sumber : Veterian, 2017</p>

	trakea hingga pangkal kateter mengenai kulit 7. Pastikan lagi aspirasi udaranya dengan sempit anda	
<b>Masalah Keperawatan yang terkait</b>	Nyeri yang berhubungan dengan insisi bedah	 <p>Sumber : Medical, 2018</p>
<b>Referensi</b>	<b>Laporan Prosedur Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana</b> <a href="https://septialesmana.wordpress.com/2015/03/23/prosedur-krikotiroidotomi/">https://septialesmana.wordpress.com/2015/03/23/prosedur-krikotiroidotomi/</a>	 <p>Sumber : Zaid, 2019,</p>

## PROSEDUR TINDAKAN CRICOTHYROTOMIE

Nama : .....

NIM : .....

No	K o m p o n e n	Nilai	
		Ya	Tidak
<b>A</b>	<b>PENGKAJIAN</b> 1. Kaji sianosis, kollaps 2. Kaji suara nafas terdengar stridor laring		
<b>B</b>	<b>PERENCANAAN :</b> <b>Persiapan alat</b> 1. Sarung tangan steril 2. Jarum berukuran besar no 11 3. Local anastesi 4. S spuit untuk anastesi 5. Cairan antiseptic 6. Duk berlubang kassa steril <b>Persiapan pasien</b> 1. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan 2. Memberi posisi berbaring / supine dengan posisi leher datar		
<b>C</b>	<b>IMPLEMENTASI</b> 1. Mencuci tangan 2. Ekstensikan leher, tempatkan kain gulung dibawah bahu 3. Tutup leher dengan kain steril / duk bolong 4. Identifikasi tonjolan cartilage tiroid dan jari tangan penolong turun dibagian tengah untuk menekan antara batas bawah cartilage tiroid dan batas atas cartilage crikoid 5. Lakukan anastesi local 6. Masukkan jarum dengan sudut 10-30 derajat bagian caudal langsung pada garis tengah diatas bagian atas dari cartilago crikoid 7. Dengan udara yang keluar pada jarum sesuai dengan pernafasan		



	<p>pasien</p> <p>8. Jarum langsung diturunkan kearah posterior</p> <p>9. Plester jarum untuk menstabilkan</p> <p>10. Bereskan alat</p> <p>11. Perawat mencuci tangan</p>		
<b>D</b>	<b>EVALUASI</b> <p>1. Observasi hembusan nafas dan suara nafas pada lubang jarum</p> <p>2. Dengarkan suara nafas pasien</p>		
<b>E</b>	<b>DOKUMENTASI</b> <p>1. Waktu pelaksanaan</p> <p>2. Catat respon pasien sebelum dan setelah tindakan dilakukan</p> <p>3. Nama perawat yang melaksanakan</p>		

**Rekomendasi Pembimbing :**

.....

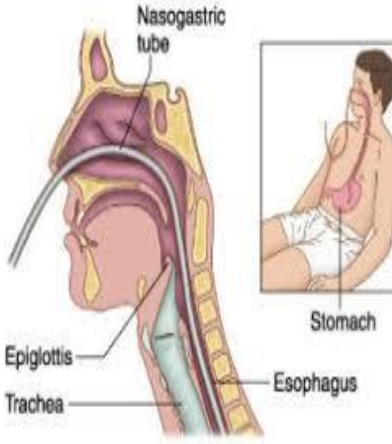

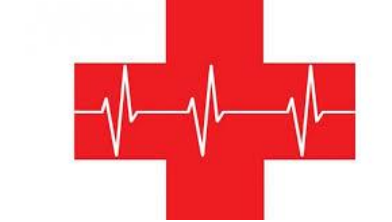
.....

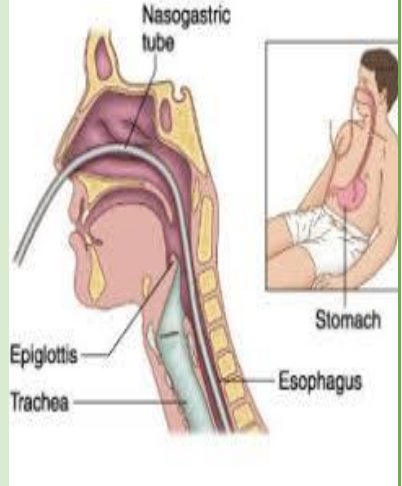
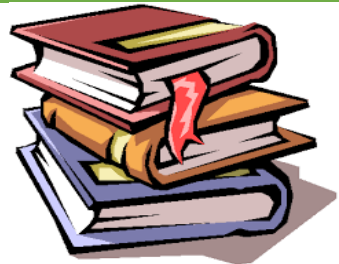
**Nilai :**

**Jakarta, .....  
Pembimbing**

**(.....)**

## PEMASANGAN NASOGASTRIK TUBE (NGT)

<b>Definisi</b>	<p>NGT adalah kependekan dari Naso Gastric Tube. Alat ini adalah alat yang digunakan untuk memasukkan nutrisi cair dengan selang plastic yang dipasang melalui hidung sampai lambung</p>	 <p>Sumber : SP, 2019</p>
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluarkan isi perut dengan cara menghisap apa yang ada dalam lambung (cairan, udara, darah, racun)</li> <li>2. Memberikan nutrisi pada pasien yang tidak sadar dan pasien yang mengalami kesulitan menelan (memenuhi kebutuhan cairan atau nutrisi) dll</li> </ol>	 <p>Sumber : Cekaja, 2019</p>
<b>Indikasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tidak sadar (koma)</li> <li>2. Pasien karena kesulitan menelan</li> <li>3. Pasien Pra atau Post operasi esophagus atau mulut</li> <li>4. Pasien dengan masalah saluran pencernaan atas : stenosis esofagus, tumor mulut atau faring atau esofagus, dll</li> <li>5. Bayi prematur atau bayi yang tidak dapat menghisap.</li> <li>6. Keracunan makanan dan minuman</li> </ol>	 <p>Sumber : Trubus, 2019</p>
<b>Kontraindikasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pada pasien yang memiliki tumor di rongga hidung atau esophagus</li> <li>2. Pasien yang mengalami cedera serebrospinal</li> </ol>	

	3. Pasien dengan trauma cervical 4. Pasien dengan fraktur facialis	
<b>Hal-hal yang perlu diperhatikan</b>	1. Posisi tidur pasien 2. Ukuran selang ngt yang tepat 3. Posisi kepala pasien	
<b>Masalah Keperawatan yang terkait</b>	1. Gangguan pola nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	 <p>Sumber : Halodoc, 2019,</p>
<b>Referensi</b>	<b>Laporan Prosedur Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana</b>	 <p>Sumber : Zaid, 2019,</p>



**PROSEDUR TINDAKAN**  
**MEMASANG PIPA LAMBUNG / NASOGASTRIK TUBE (NGT)**

**Nama :** .....

**NIM :** .....

No	K o m p o n e n	Nilai	
		Ya	Tidak
<b>A</b>	<b>PENGKAJIAN</b>  1. Pengkajian berfokus pada instruksi dokter tentang tipe selang dan penggunaan selang. 2. Ukuran selang yang akan digunakan 3. Kaji riwayat masalah sinus atau nasal. 4. Distensi abdomen nyeri atau mual.		
<b>B</b>	<b>PERENCANAAN</b>  <b>Persiapan alat</b>  1. Selang NGT sesuai ukuran 2. Jelly 3. Spatel lidah 4. Sarung tangan disposibel 5. Sduit 10 cc 6. Senter 7. Plester 8. Stethoscope 9. Handuk 10. Tissue 11. Piala ginjal  <b>Persiapan pasien</b>  1. Jelaskan prosedur dan tujuan prosedur yang akan dilakukan 2. Berikan posisi yang nyaman 3. Menyiapkan lingkungan dan perhatikan privacy pasien		
<b>C</b>	<b>IMPLEMENTASI</b>  1. Mencuci tangan		



	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Periksa kepatenan nasal. Minta pasien untuk bernapas melalui satu lubang hidung saat lubang yang lain tersumbat, ulangi pada lubang hidung yang lain, bersihkan mucus dan sekresi dari hidung dengan kassa/lidi kapas. Periksa adakah infeksi.</li> <li>3. Memasang handuk diatas dada pasien</li> <li>4. Buka kemasan steril NGT dan taruh dalam bak instrument steril</li> <li>5. Memakai sarung tangan</li> <li>6. Mengukur panjang selang yang akan dimasukkan dengan cara menempatkan ujung selang dari hidung pasien ke ujung telinga atas lalu dilanjutkan sampai processus xipodeus</li> <li>7. Beri tanda pada selang yang telah diukur dengan plester</li> <li>8. Beri jelly pada NGT sepanjang 1 0-20 cm dari ujung selang tersebut</li> <li>9. Meminta pasien untuk rileks dan bernapas normal. Masukkan selang perlahan sepanjang 5- 10 cm. Meminta pasien untuk menundukkan kepala (fleksi) sambil menelan.</li> <li>10. Masukkan selang sampai batas yang ditandai</li> <li>11. Jangan memasukkan selang secara paksa bila ada tahanan <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Jika pasien batuk, bersin, hentikan dahulu lalu ulangi lagi. Anjurkan pasien untuk tarik napas dalam</li> <li>b. Jika tetap ada tahanan, menarik selang perlahan-lahan dan masukkan ke hidung yang lain kemudian masukkan kembali secara perlahan</li> <li>c. Jika pasien terlihat akan muntah, menarik tube dan menginspeksi tenggorokan lalu melanjutkan memasukkan selang secara bertahap.</li> </ol> </li> <li>12. Mengecek kepatenan <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Masukkan ujung pipa sampai dengan terendam dalam mangkok berisi air, klem dibuka jika ternyata sonde masuk dalam lambung maka ditandai dengan tidak adanya gelembung udara yang keluar</li> </ol> </li> </ol>		
--	---	--	--



	<p>b. Masukkan udara dengan spuit 2-3 cc ke dalam lambung sambil mendengarkan dengan stetoskop. Bila terdengar bunyi kemudian udara dikeluarkan kembali dengan menarik spuit</p> <p>13. Pasang spuit/corong pada pangkal pipa apabila sudah yakin pipa masuk lambung</p> <p>14. Memfiksasi selang pada hidung dengan plester</p> <p>15. Membantu pasien mengatur posisi yang nyaman</p> <p>16. Merapikan dan membereskan alat</p> <p>17. Melepas sarung tangan</p> <p>18. Mencuci tangan</p> <p>19. Mengevaluasi respon pasien</p> <p>20. Pendokumentasian tindakan dan hasil</p>		
<b>D</b>	<b>EVALUASI</b> <p>1. Keberhasilan dalam pemasangan NGT</p> <p>2. Cairan yang keluar dari selang NGT</p>		
<b>E</b>	<b>DOKUMENTASI</b> <p>1. Waktu pelaksanaan tindakan</p> <p>2. Reaksi pasien terhadap tindakan yang diberikan</p> <p>3. Catat ukuran selang NGT yang digunakan.</p> <p>4. Nama perawat yang melaksanakan</p>		

**Rekomendasi Pembimbing :**

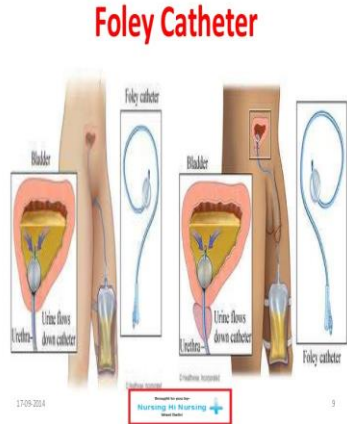
.....  
.....

Nilai :

Jakarta, .....  
Pembimbing

(.....)


## PEMASANGAN CATHETER

<b>Definisi</b>	<p>Memasukan selang kateter ke dalam kandung kemih melewati uretra.</p>	
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan rasa nyaman pasien akibat distensi abdomen</li> <li>2. Menghitung sisa urin (residu) dalam kandung kemih</li> <li>3. Sebagai media pemeriksaan specimen urin</li> <li>4. Mengosongkan kandung kemih secara optimal sebelum tindakan pembedahan</li> <li>5. Memfasilitasi pengukuran output urin yang lebih akurat. Hal ini biasanya dibutuhkan pada pasien yang membutuhkan pengukuran urin tiap jam.</li> <li>6. Mencegah urin mengkontaminasi bekas insisi bedah setelah operasi perineal.</li> <li>7. Membantu pasien yang mengalami inkontinensia ketika cara lain gagal dilakukan (seperti mengurangi minum di malam hari atau menawarkan urinal lebih sering)</li> </ol>	

	<b>Kontraindikasi</b> Pasien yang mengalami retensi urin yang masih dapat dilakukan dengan cara selain pemasangan kateter (misalnya kateter kondom)	
<b>Indikasi</b>	Efektif dilakukan pada pasien yang : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Distensi abdomen</li> <li>2. Akan mengalami operasi atau tindakan pemedahan atau post operasi (dimana dikhawatirkan akan membasahi daerah operasi)</li> <li>3. Decompresi kandung kemih selama atau setelah tindakan operasi</li> <li>4. Pasien dengan inkontinensia (dimana tidak ada acara ataupun solusi yang lain)</li> <li>5. Membutuhkan pengukuran urin yang lebih akurat</li> <li>6. Mengalami retensi urin yang akut</li> <li>7. Mengalami obstruksi seperti pembesaran prostat, striktur uretra, prolapse organ pelvis,</li> <li>8. Mengalami penyakit terminal, koma.</li> </ol>	
	<b>Kontraindikasi</b> Pasien yang mengalami retensi urin yang masih dapat dilakukan dengan cara selain pemasangan kateter (misalnya kateter kondom)	
<b>Hal-hal yang perlu diperhatikan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perhatikan jenis kelamin dan usia pasien untuk menentukan ukuran katetr. Tabel dibawah ini dapat membantu untuk menentukan ukuran kateter.</li> </ol>	

	Tabel : ukuran kateter berdasarkan jenis kelamin dan usia pasien		
	<b>Ukuran Kateter</b>	<b>Pasien</b>	
	8 – 10	Anak-anak	
	12 – 16	Wanita dewasa	
	20 – 24	Laki-laki dewasa	
	<p>2. Pada beberapa kelompok pasien memerlukan ukuran selang kateter lebih kecil dari biasanya, yaitu pada pasien dengan infeksi kandung kemih atau pada wanita hamil.</p> <p>3. Banyaknya isi balon kateter adalah 5 – 30cc. baca etiket di plastic pembungkus selang kateter. Balon berguna untuk memfiksasi kateter didalam kandung kemih. Hati-hati terhadap pengisian balon yang terlalu besar, karna akan menyebabkan spasma otot kandung kemih, sakit kepala, kram abdomen bagian bawah, injuri kandung kemih dan uretra, keringat yang berlebihan, dan <i>automatic dyseflexia</i> .</p> <p>4. Kolaborasi dengan dokter sesegera mungkin jika setelah pemasangan kateter tidak terdapat urin yang keluar lewat selang kateter.</p> <p>5. Pada pasien dengan usia anak-anak, berilah penjelasan pada orang tua mengapa pemasangan kateter dilakukan.</p> <p>6. Pemasangan kateter dalam waktu yang lama</p>		

	<p>dapat menyebabkan beberapa komplikasi, seperti : batu kandung kemih, septikemia, hematuria, kerusakan integrasi kulit, infeksi saluran perkemihan, pendarahan atau bahkan jika pemakaian bertahun-tahun dapat menyebabkan kanker kandung kemih.</p> <p>7. Perawat harus berhati-hati pada saat pemasangan kateter, terutama jika selang kateter berukuran besar karena akan menyebabkan kerusakan atau ruptur uretra.</p> <p>8. Jangan paksa atau jangan teruskan tindakan jika jika terdapat halangan/hambatan ketika memasukkan kateter.</p> <p>9. Jangan teruskan tindakan jika ujung selang kateter sudah terkena labia atau area lain yang tidak steril.</p> <p>10. Pilihlah jenis selang kateter yang aman bagi pasien dan tidak menimbulkan alergi. Selang kateter yang terbuat dari Latex agak lebih mahal tetapi paling cocok untuk pemakaian jangka pendek. Selang yang terbuat dari Silicon atau Telfon paling cocok untuk jangka Panjang (lebih dari 1 minggu) karena jenis ini dapat menurunkan resiko iritasi dan gesekan (Glen-rose Rehabilitation Hospital, 2005).</p> <p>11. Kantong urin harus selalu diletakkan pada level dibawah kandung kemih karena memanfaatkan gravitasi yang akan menyebabkan urin turun kebawah menuju kantong urin.</p>	
--	--	--

<b>Masalah Keperawatan yang terkait</b>	1. Nyeri 2. Retensi Urin	
<b>Referensi</b>	<b>Laporan Prosedur Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana</b>	 Sumber : Zaid, 2019,

## PROSEDUR PEMASANGAN CATHETER

Nama : .....

NIM : .....

No	K o m p o n e n	Nilai	
		Ya	Tidak
<b>A</b>	<b>PENGAJIAN:</b> 1. Kaji status pasien : a. Kapan waktu terakhir pasien berkemih yang mengindikasikan isi kandung kemih penuh. b. Tingkat kesadaran sebagai dasar menilai tingkat kemampuan pasien untuk kooperatif terhadap tindakan c. Kemampuan mobilisasi dan fisik pasien sebagai dasar apakah perawat memerlukan bantuan perawat lain. d. Jenis kelamin dan usia pasien untuk menentukan ukuran kateter. e. Distensi kandung kemih karena umumnya mengakibatkan rasa nyeri. f. Keadaan patofisiologis lain yang memungkinkan perawat mengalami kesulitan pada saat memasukkan kateter, seperti pembesaran kelenjar prostat pada pria. Obstruksi akan menghambat masuknya kateter melewati uretra menuju kandung kemih. g. Alergi terhadap jenis karet kateter (lateks, silikon, teflon), cairan antiseptik yang digunakan, dan jelly (pelumas) 2. Kaji ulang catatan kolaborasi dokter tentang tujuan pemasangan kateter, seperti persiapan pembedahan, irigasi kandung kemih, pemeriksaan specimen urin atau pengukuran urin sisa (residual). 3. Kaji tingkat pengetahuan pasien terhadap tujuan pemasangan kateter.		
<b>B</b>	<b>PERENCANAAN :</b> <b>Persiapan alat</b> 1) Bak steril yang berisi : - 1 pinset silurgis - 2 pinset anatomis - 5 deppep - 1 bengkok - 2 kom kecil - 4 lembar kassa - duk bolong 2) Kateter steril 3) Urine bag dan gantungannya		



	<ol style="list-style-type: none"> <li>4) 1 pasang sarung tangan steril</li> <li>5) Spuit steril ukuran 10cc atau 20cc</li> <li>6) Cairan steril (aqua destilata) untuk mengisi balon</li> <li>7) Mangkok kecil berisi kapas sublimat</li> <li>8) Cairan desinfektan (savlon, betadine)</li> <li>9) Jelly</li> <li>10) Perlak pengalas</li> <li>11) Bengkok bersih</li> <li>12) Selimut ekstra</li> <li>13) Plester dan gunting</li> <li>14) Orentang dalam tempatnya</li> <li>15) Sampiran</li> </ol> <p><b>Persiapan pasien</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan prosedur pada pasien</li> <li>2. Jaga Privasi Pasien</li> </ol>		
<b>C</b>	<p><b>IMPLEMENTASI :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuci tangan</li> <li>2. Pasang sarung tangan bersih</li> <li>3. Melepaskan pakaian bawah pasien dan pasang selimut pasien</li> <li>4. Membungkus kaki pasien dengan sudut selimut dan bagian tengah menutupi daerah pubic (jika selimut lebar) atau membuka selimut sampai keatas pubic</li> <li>5. Memasang perlak (pengalas) pada bagian bawah tempat tidur</li> <li>6. Bantu pasien untuk posisi dorsal recumbent (wanita) atau supine (pria)</li> <li>7. Membuka set steril</li> <li>8. Mengeluarkan kateter dan spuit dari bungkusnya kemudian diletakkan dalam area steril</li> <li>9. Menuang cairan desinfektan pada kom kecil</li> <li>10. Menuang jelly pada kassa steril</li> <li>11. Memakai sarung tangan steril (tangan dominan/ kanan saja)</li> <li>12. Isi spuit dengan aquadestilata (cairan steril). Spuit di tangan dominan yang sudah terpasang sarung tangan steril, sedangkan aquadestilata di tangan non dominan. Letakkan spuit kembali ke area steril</li> <li>13. Memakai sarung tangan steril untuk tangan non dominan / kiri</li> <li>14. Memasang duk bolong steril pada daerah genital</li> <li>15. Memberi ujung kateter dengan jelly (pelicin)</li> <li>16. Meletakkan bengkok steril diantara 2 tungkai pasien</li> <li>17. Mengambil kassa steril dengan pinset steril, lalu kassa dibasahi</li> </ol>		

	<p>larutan desinfektan</p> <p>18. Buka daerah meatus</p> <p><b><u>Wanita</u></b> Buka labia mayora dengan jari telunjuk dan ibu jari tangan kiri perawat (tangan kiri dapat di-on-kan atau dilapisi dengan kassa steril jika masih mau dipertahankan kesterilannya) dan bersihkan dengan tangan kanan yang masih steril dari arah atas kebawah 1x usap.</p> <p><b><u>Pria</u></b> Pegang penis dengan sudut 90°. Pegang bagian bawah glands penis dengan ibu jari dan telunjuk, preputulum di tarik ke bawah. Bersihkan dengan arah melintang dari meatus ke arah keluar</p> <p>19. Masukkan kateter melalui uretra ke kandung kemih sampai keluar urin dari ujung kateter yang diletakkan dalam bengkok steril :</p> <p><b>Wanita</b> : 5-7 cm s.d urin keluar <b>Pria</b> : 18-20 cm s.d urin keluar</p> <p>20. Isi galon dengan aquadestilata (cairan steril)</p> <p>21. Menarik sedikit kateter untuk mengecek balon sudah berfungsi</p> <p>22. Melepaskan duk bolong</p> <p>23. Ambil pengalas dengan bokong pasien</p> <p>24. Membuka urine bag dan sambung dengan kateter</p> <p>25. Gantung urine bag dengan posisi lebih rendah dari vesika urinaria</p> <p>26. Memfiksasi kateter dengan plester. Laki-laki di daerah abdomen dan wanita da samping paha</p> <p>27. Merapihkan alat dan pasien</p> <p>28. Membuka sarung tangan</p> <p>29. Cuci tangan Dokumentasi</p> <p><b>Sikap</b></p> <p>30. Melakukan tindakan dengan sistematis</p> <p>31. Komunikatif dengan pasien</p> <p>32. Percaya diri</p>		
<b>D</b>	<p><b>EVALUASI</b></p> <p>1. Respon pasien</p>		
<b>E</b>	<p><b>DOKUMENTASI</b></p> <p>1. Waktu pelaksanaan</p> <p>2. Catat respon pasien sebelum dan setelah tindakan dilakukan</p> <p>3. Catat hasil pengukuran tanda-tanda vital</p> <p>4. Nama perawat yang melaksanakan</p>		



Prodi Diploma Tiga Keperawatan  
Fakultas Vokasi UKI

**Rekomendasi Pembimbing :**

.....

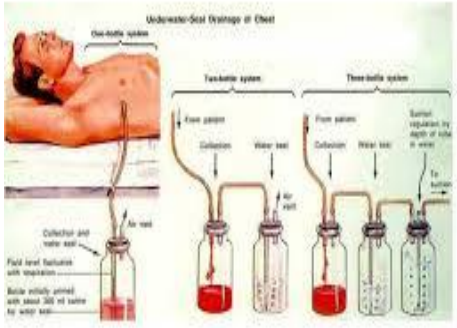
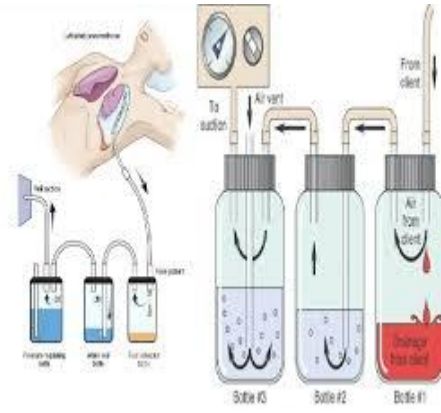
.....

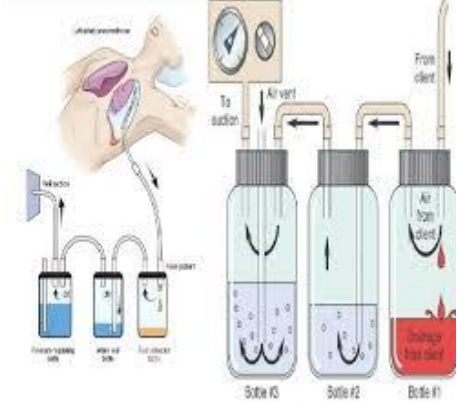
**Nilai :**


**Jakarta, .....  
Pembimbing**

**(.....)**

## TINDAKAN CHEST TUBE

<b>Definisi</b>	<p>WSD adalah merupakan suatu tindakan invasive yang dilakukan untuk mengeluarkan udara, cairan baik darah atau pus dari rongga pleura ataupun rongga thorax (mediastinum) dengan menggunakan selang penghubung dari rongga ke botol WSD.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Chest Tubes</b></p> 
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mengeluarkan cairan atau darah, udara dari rongga pleura dan rongga thorax</li> <li>2) Mengembalikan tekanan negative pada rongga pleura</li> <li>3) Mengembangkan kembali paru yang kolaps</li> <li>4) Mencegah refluks drainage kembali ke dalam rongga dada</li> <li>5) Mengembalikan fungsi paru yaitu <i>"mechanis of breathing"</i></li> </ol>	
<b>Indikasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pneumothoraks : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spontan &gt; 20% oleh karena rupture bleb</li> <li>• Luka tusuk tembus</li> <li>• Kerusakan selang dada pada sistem drainase</li> </ul> </li> <li>2. Hematothorak: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Robekan pleura/trauma</li> <li>• Kelebihan antikoagulan</li> <li>• Pasca bedah thorak (Thorakotomie)</li> </ul> </li> </ol>	

	<p>3. Efusi pleura: penumpukan cairan non fisiologis yang berlebih</p> <p>4. Emfisema: ketidak elastisan paru karena penyakit obstruktif.</p>	
<b>Kontraindikasi</b>	-	
<b>Hal-hal yang perlu diperhatikan</b>	<p>1. Perhatikan undulasi pada selang WSD, bila undulasi tidak ada, berbagai kondisi dapat terjadi antara lain :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Motor suction tidak berjalan</li> <li>• Selang tersumbat</li> <li>• Selang terlipat</li> <li>• Paru-paru telah mengembang</li> <li>• Oleh karena itu, yakinkan apa yang menjadi penyebab, segera periksa kondisi sistem drainage,</li> </ul> <p>2. Amati tanda-tanda kesulitan bernafas.</p> <p>3. Cek ruang control suction untuk mengetahui jumlah cairan yang keluar.</p> <p>4. Cek batas cairan seal dari botol WSD, pertahankan dan tentukan batas yang telah ditetapkan serta pastikan ujung pipa berada 2cm di bawah air.</p> <p>5. Catat jumlah cairan yg keluar dari botol WSD tiap jam untuk mengetahui jumlah cairan yg keluar.</p> <p>6. Observasi pernafasan, nadi setiap 15 menit pada 1 jam pertama.</p> <p>7. Perhatikan balutan pada insisi, apakah ada perdarahan.</p> <p>8. Anjurkan pasien memilih posisi yg</p>	

	<p>nyaman dengan memperhatikan jangan sampai selang terlipat.</p> <p>9. Anjurkan pasien untuk memegang slang apabila akan merubah posisi.</p> <p>10. Beri tanda pada batas cairan setiap hari, catat tanggal dan waktu.</p> <p>11. Ganti botol WSD setiap 3 hari dan bila sudah penuh. Catat jumlah cairan yang dibuang.</p> <p>12. Lakukan pemijatan pada slang untuk melancarkan aliran.</p> <p>13. Observasi dengan ketat tanda-tanda kesulitan bernafas, sianosis, emphysema subkutan.</p> <p>14. Anjurkan pasien untuk menarik nafas dalam dan bimbing cara batuk efektif.</p> <p>15. Botol WSD harus selalu lebih rendah dari tubuh.</p> <p>16. Yakinkan bahwa selang tidak kaku dan menggantung di atas WSD.</p> <p>17. Latih dan anjurkan pasien untuk secara rutin 2-3 kali sehari melakukan latihan gerak pada persendian bahu daerah pemasangan WSD.</p>	
<b>Masalah Keperawatan yang terkait</b>	Nyeri yang berhubungan dengan insisi bedah	
<b>Referensi</b>	<b>Laporan Prosedur Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana</b>	

## PROSEDUR TINDAKAN CHEST TUBE

Nama : .....

NIM : .....

No	K o m p o n e n	Nilai	
		Ya	Tidak
<b>A</b>	<b>PENGKAJIAN:</b> 1. Kaji kesiapan pasien untuk WSD 2. Kaji tanda-tanda vital		
<b>B</b>	<b>PERENCANAAN :</b> <b>Persiapan alat</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistem drainage tertutup</li> <li>• Motor suction</li> <li>• Slang penghubung steril</li> <li>• Botol berwarna putih/bening dengan kapasitas 2 liter, bistury/silet, trokart, cairan antiseptic, benang catgut dan jarumnya, duk bolong, sarung tangan, spuit 10cc dan 50cc, kassa.</li> <li>• NACl 0,9%, konektor, set balutan, obat anestesi (lidokain, xylokain), masker</li> </ul> <b>Persiapan pasien</b> 1. Jelaskan prosedur pada pasien		
<b>C</b>	<b>IMPLEMENTASI :</b> 1. Cuci tangan 2. Tentukan tempat pemasangan, biasanya pada sela iga ke IV dan V, di linea aksillaris anterior dan media. 3. Lakukan analgesia / anestesi pada tempat yang telah ditentukan. 4. Buat insisi kulit dan sub kutis searah dengan pinggir iga, perdalam sampai muskulus interkostalis. 5. Masukkan Kelly klemp melalui pleura parietalis kemudian dilebarkan.		

	6. Masukkan jari melalui lubang tersebut untuk memastikan sudah sampai rongga pleura / menyentuh paru. 7. Masukkan selang ( chest tube ) melalui lubang yang telah dibuat dengan menggunakan Kelly forceps. 8. Selang ( Chest tube ) yang telah terpasang, difiksasi dengan jahitan ke dinding dada. 9. Selang ( chest tube ) disambung ke WSD yang telah disiapkan. 10. Foto X- rays dada untuk menilai posisi selang yang telah dimasukkan. 11. Tindakan perawatan pasca pemasangan WSD.		
<b>D</b>	<b>EVALUASI</b> 18. Respon pasien 19. Cek nadi 20. Cek napas 21. Cek frekuensi napas 22. Cek kepatenan napas pasien 23. Keluhan Nyeri		
<b>E</b>	<b>DOKUMENTASI</b> 1. Waktu pelaksanaan 2. Catat respon pasien sebelum dan setelah tindakan dilakukan 3. Catat hasil pengukuran tanda-tanda vital 4. Catat keluhan pasien 5. Nama perawat yang melaksanakan		

**Rekomendasi Pembimbing :**

.....  
 .....


Nilai :



Jakarta, .....  
**Pembimbing**

(.....)



## PERSIAPAN X-RAY DAN CT BRAIN, USG

<b>Definisi</b>	<p>Pemeriksaan radiologi adalah pemeriksaan dengan menggunakan teknologi pencitraan untuk mendiagnosis dan mengobati suatu penyakit. Pemeriksaan radiologi berguna untuk membantu dokter melihat kondisi bagian dalam tubuh</p>	
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendeteksi penyakit</li> <li>2. Menentukan risiko</li> <li>3. Skrining/uji saring adanya penyakit subklinis</li> <li>4. Konfirmasi pasti diagnosis</li> <li>5. Menemukan kemungkinan diagnostik yang dapat menyamarkan gejala klinis</li> <li>6. Membantu pemantauan pengobatan</li> <li>7. Menyediakan informasi prognostik/ perjalanan penyakit</li> <li>8. Memantau perkembangan penyakit</li> <li>9. Mengetahui ada tidaknya kelainan/ penyakit yang banyak dijumpai dan potensial membahayakan</li> <li>10. Memberi ketenangan baik pada pasien maupun klinisi karena tidak didapati penyakit</li> </ol>	

<b>Indikasi</b>	<p>Kepala sangat beragam. Secara primer, <b>CT Scan</b> kepala digunakan untuk tujuan evaluasi edema dan kerusakan jaringan otak, melihat adanya perdarahan intrakranial serta lokasinya, dan untuk menilai ukuran besarnya ventrikel otak.</p> <p>USG dapat digunakan sebagai alat diagnosis penyakit, memonitor kondisi janin, dan sebagai alat bantu saat proses pembedahan atau tindakan tertentu, seperti pengambilan sampel jaringan (biopsi)</p>	
<b>Kontraindikasi</b>	Pasien Menolak	
<b>Hal-hal yang perlu diperhatikan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Melepaskan seluruh atau sebagian pakaian (tergantung dari organ mana yang akan diperiksa) dan menggunakan pakaian khusus dari rumah sakit.</li> <li>2) Tidak mengenakan barang-barang yang terbuat dari logam, seperti : perhiasan, ikat pinggang, <u>gigi palsu</u>, kacamata, dan sebagainya karena dapat mempengaruhi hasil pemeriksaan.</li> <li>3) Puasa 6 – 8 jam sebelum pemeriksaan, tidak boleh makan dan minum sama sekali.</li> </ol>	
<b>Masalah Keperawatan yang terkait</b>	Trauma	
<b>Referensi</b>	<b>Laporan Prosedur Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana</b>	 <p>Sumber : Zaid, 2019,</p>

## PROSEDUR PERSIAPAN X-RAY DAN CT BRAIN, USG

Nama : .....

NIM : .....

No	K o m p o n e n	Nilai	
		Ya	Tidak
<b>A</b>	<b>PENGKAJIAN:</b> 1. Kaji kesiapan pasien untuk CT Scan, X- ray, USG 2. Kaji tanda-tanda vital		
<b>B</b>	<b>PERENCANAAN :</b> <b>Persiapan alat</b> Alat yang di perlukan <b>Persiapan pasien</b> 1. Jelaskan prosedur pada pasien		
<b>C</b>	<b>IMPLEMENTASI :</b> 1. Cuci tangan dan gunakan sarung tangan 2. Kateterisasi pembuluh darah, serta angioplasti dan pemasangan ring pembuluh darah. 3. Pengambilan jaringan payudara (biopsi) dengan bantuan USG. 4. Biopsi jarum pada paru-paru atau kelenjar tiroid. 5. Menghentikan perdarahan dengan teknik menyumbat pembuluh darah (embolisasi). 6. Embolisasi tumor untuk mematikan penyakit kanker. 7. <u>Kemoterapi</u> melalui pembuluh darah arteri.		
<b>D</b>	<b>EVALUASI</b> 1. Respon pasien 2. Cek nadi 3. Cek napas 4. Cek frekuensi napas		
<b>E</b>	<b>DOKUMENTASI</b> 1. Waktu pelaksanaan 2. Catat respon pasien sebelum dan setelah tindakan dilakukan		



	3. Catat hasil pengukuran tanda-tanda vital		
	4. Nama perawat yang melaksanakan		

**Rekomendasi Pembimbing :**

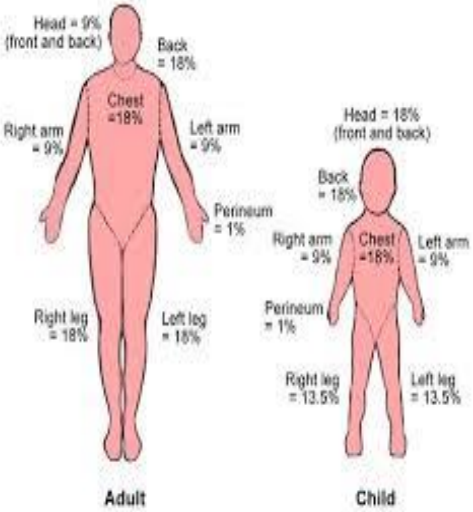
.....  
.....

**Nilai :**

**Jakarta, .....  
Pembimbing**

**(.....)**

## GRADE PADA LUKA BAKAR

<p><b>Definisi</b></p>	<p>Membersihkan pasien luka bakar dengan menggunakan cairan fisiologis dan cairan desinfektan.</p>	
	<p><b>Grade luka bakar pertama</b> (<i>first-degree burn</i>)</p> <p>Luka bakar derajat satu hanya mengenai lapisan kulit terluar. Kulit akan tampak kemerahan, terasa perih, bengkak, tapi tidak melepuh.</p> <p>Salah satu contoh grade luka bakar pertama adalah kulit yang terbakar karena terpapar sinar matahari.</p> <p>Biasanya, luka akan pulih dalam waktu 7 hingga 10 hari dengan perawatan di rumah. Namun Anda sebaiknya tetap berkonsultasi ke dokter jika ukuran luka bakar lebih dari 7 cm, dan terjadi pada bagian wajah, lutut, kaki, tulang</p>	

belakang, serta bahu.

Sebagai pertolongan grade luka bakar pertama, perawatan rumahan yang dapat Anda lakukan meliputi:

- 1) Rendam luka dalam air dingin selama lima menit. Tapi jangan memakai air es karena bisa makin memperparah kondisi kulit.
- 2) Konsumsi *paracetamol* atau ibuprofen untuk mengurangi rasa nyeri.
- 3) Oleskan salep *lidocaine* yang mengandung lidah buaya guna mengatasi rasa tidak nyaman pada kulit.

Grade luka bakar kedua (*second-degree burn*)

Pada luka bakar derajat dua, kerusakan kulit terjadi pada lapisan kulit yang lebih dalam. Kulit bisa melepuh, tampak sangat merah, dan terasa perih. Pada grade 2, biasanya akan muncul bulla atau gelembung isi air dan lepuhan ini juga kadang bisa pecah.

Grade luka bakar kedua umumnya dapat sembuh dalam waktu 2-3 minggu. Hanya saja, pigmen kulit akan mengalami perubahan. Jika lepuhan cukup parah, akan butuh waktu lebih lama untuk pulih.

Anda bisa menerapkan cara-cara berikut guna mempercepat penyembuhan grade luka bakar kedua:

- 1) Mengalirkan air dingin selama 15 menit pada kulit yang terbakar
- 2) Konsumsi obat pereda nyeri, seperti *paracetamol* atau *ibuprofen*
- 3) Oleskan krim antibiotik untuk menenangkan kulit yang melepuh

Jika terjadi pada bagian wajah, tangan, bokong, pangkal paha, dan kaki, luka bakar sebaiknya tidak diobati sendiri di rumah. Segeralah ke dokter agar luka Anda dapat ditangani dengan tepat.

Grade luka bakar ketiga (*third-degree burn*)

Ini adalah grade luka bakar yang paling parah karena kerusakan pada kulit berukuran luas. Pada luka bakar jenis ini, warna kulit bisa tampak putih, cokelat, dan hitam. Tetapi kulit biasanya tidak melepuh.

Luka bakar tingkat ketiga bisa tidak menimbulkan sakit sama sekali. Pasalnya, luka \yang terlalu luas dapat menghancurkan saraf sehingga kulit menjadi mati rasa.

Anda harus lekas ke unit gawat darurat jika mengalami grade luka bakar ketiga.

Sementara menunggu bantuan medis atau saat dalam perjalanan, Anda bisa mengangkat anggota tubuh yang terluka pada posisi yang lebih tinggi dari jantung.

Dokter biasanya akan merekomendasikan tindakan operasi sebagai penanganan luka bakar derajat tiga.

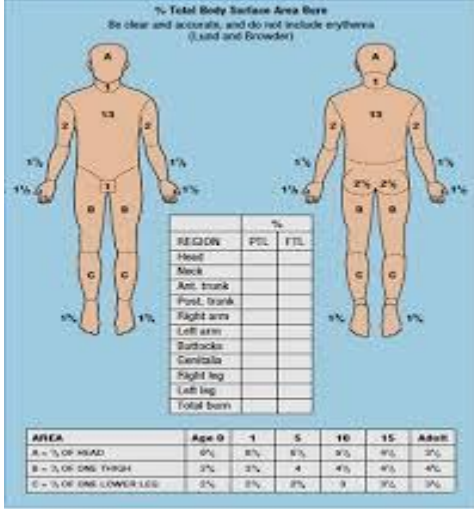
Cara lain untuk mengukur grade luka bakar


Selain dengan grade luka bakar di atas, tingkat keparahan luka bakar pada orang dewasa dapat dihitung dengan rumus Rule of Nine. Berikut penjelasannya:

- 1) Area kepala: 9 %
- 2) Dada: 9 %
- 3) Perut: 9 %
- 4) Punggung dan bokong: 18 %
- 5) Setiap lengan: 9 %
- 6) Setiap tungkai: 18 %
- 7) Kelamin: 1 %

Sebagai contoh, orang yang mengalami luka bakar di dada, perut, dan kelamin, dikatakan memiliki luas luka bakar dengan angka 19 %. Dari persentase ini, dokter dapat memberikan penanganan yang tepat.



Tujuan	<div>1. Mencegah terjadinya infeksi</div> <div>2. Mengangkat jaringan nekrotik</div>	<div><p>% Total Body Surface Area Burn</p><p>Be clear and accurate, and do not include erythema (red and blower)</p><table><thead><tr><th>REGION</th><th>FTL</th><th>FTL</th></tr></thead><tbody><tr><td>Head</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Neck</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Ant. trunk</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Post. trunk</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Right arm</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Left arm</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Buttocks</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Genitals</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Right leg</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Left leg</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Total burn</td><td></td><td></td></tr></tbody></table><table><thead><tr><th>AREA</th><th>Age 0</th><th>1</th><th>5</th><th>10</th><th>15</th><th>Adult</th></tr></thead><tbody><tr><td>A = % OF HEAD</td><td>6%</td><td>8%</td><td>8%</td><td>8%</td><td>8%</td><td>8%</td></tr><tr><td>B = % OF ONE THIGH</td><td>3%</td><td>3%</td><td>4</td><td>4%</td><td>4%</td><td>4%</td></tr><tr><td>C = % OF ONE LOWER LEG</td><td>3%</td><td>3%</td><td>3%</td><td>3</td><td>3%</td><td>3%</td></tr></tbody></table></div>	REGION	FTL	FTL	Head			Neck			Ant. trunk			Post. trunk			Right arm			Left arm			Buttocks			Genitals			Right leg			Left leg			Total burn			AREA	Age 0	1	5	10	15	Adult	A = % OF HEAD	6%	8%	8%	8%	8%	8%	B = % OF ONE THIGH	3%	3%	4	4%	4%	4%	C = % OF ONE LOWER LEG	3%	3%	3%	3	3%	3%
REGION	FTL	FTL																																																																
Head																																																																		
Neck																																																																		
Ant. trunk																																																																		
Post. trunk																																																																		
Right arm																																																																		
Left arm																																																																		
Buttocks																																																																		
Genitals																																																																		
Right leg																																																																		
Left leg																																																																		
Total burn																																																																		
AREA	Age 0	1	5	10	15	Adult																																																												
A = % OF HEAD	6%	8%	8%	8%	8%	8%																																																												
B = % OF ONE THIGH	3%	3%	4	4%	4%	4%																																																												
C = % OF ONE LOWER LEG	3%	3%	3%	3	3%	3%																																																												
Indikasi	<div>1) Setiap luka harus mendapat penanganan setidaknya untuk mencegah terjadinya infeksi.</div> <div>2) Pada luka dengan abses, betapapun kecilnya, harus di drainase. Setiap luka yang tertutup dengan jaringan mati dan nekrotik harus dilakukan debridement untuk meningkatkan pertumbuhan jaringan granulasi sehat dan mempercepat penyembuhannya.</div> <div>3) Pada beberapa luka dengan pendarahan aktif, bisa dilakukan penjahitan untuk mencegah kehilangan darah lebih lanjut.</div>																																																																	
Kontraindikasi	<div>Tidak ada kontraindikasi mutlak untuk tindakan sayatan, drainase, dan debridemen pada luka. Jika kondisi fisik pasien terganggu, stabilisasi harus dilakukan sebelum prosedur. Komorbiditas seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes, atau komplikasi lain yang berat, penanganan luka secara definitif dilakukan di kamar operasi di</div>																																																																	

	rumah sakit dimana dokter spesialis tersedia.	
<b>Hal-hal yang perlu diperhatikan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Luka bakar perlu didinginkan untuk meredakan rasa perih. Anda bisa letakkan handuk yang sudah dibasahi air dingin pada luka.</li> <li>2) Hindari memecahkan luka yang melepuh karena berisiko menyebabkan infeksi.</li> <li>3) Cuci dengan air bersih mengalir jika ada luka lepuh yang pecah dengan sendirinya.</li> <li>4) Jika rasa sakit terasa tidak tertahankan, penderita dapat mengonsumsi obat pereda rasa sakit, seperti <u>paracetamol</u>, atau obat antinyeri lainnya sesuai anjuran dokter.</li> </ol>	
<b>Masalah Keperawatan yang terkait</b>	Gangguan Integritas Kulit	
<b>Referensi</b>	<b>Laporan Prosedur Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana</b>	 <p>Sumber : Zaid, 2019,</p>

## PROSEDUR PERAWATAN PADA LUKA BAKAR

Nama : .....

NIM : .....

No	K o m p o n e n	Nilai	
		Ya	Tidak
<b>A</b>	<b>PENGKAJIAN:</b> 1. Kaji Gradepada luka bakar		
<b>B</b>	<b>PERENCANAAN :</b> <b>Persiapan alat</b> 1. Alat pelindung diri (masker, sarung tangan, scort) 2. Set ganti balutan steril 3. Sepuit 10 cc 4. Kasa steril 5. Verband sesuai dengan ukuran kebutuhan 6. Bengkok 7. Obat-obatan sesuai program 8. NaCl 0,9 % / aquadest  <b>Persiapan pasien</b> 1. Jelaskan prosedur pada pasien		
<b>C</b>	<b>IMPLEMENTASI :</b> 1. Pasien/keluarga diberi penjelasan tentang tindakan yang akan dilakukan. 2. Petugas menggunakan alat pelindung diri (masker, sarung tangan, scort). 3. Mengatur posisi pasien di bed tindakan supaya luka dapat terlihat jelas dan mudah dilakukan perawatan luka 4. Bila luka bakar tertutup pakaian maka minta ijin untuk membuka pakaian supaya luka terlihat jelas dan membuka pakaian dengan hati-hati, bila sulit basahi dengan NaCl 0,9%. 5. Membersihkan luka bakar dengan cara mengirigasi yaitu dengan cara mengalir bagian luka menggunakan NaCl 0,9% dengan meletakan bengkok di bawah luka terlebih dahulu.. 6. Melakukan debridement bila terdapat jaringan nekrotik dengan cara memotong bagian nekrotik dengan mengangkat jaringan nekrotik		

	<p>menggunakan pinset chirurgis dan digunting dengan gunting chirurgis mulai dari bagian yang tipis menuju ke bagian tebal.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Bila ada bula dipecah dengan cara ditusuk dengan jarum spuit steril sejajar dengan permukaan kulit dibagian pinggir bula kemudian dilakukan pemotongan kulit bula dimulai dari pinggir dengan menggunakan gunting dan pinset chirurgis.</li> <li>8. Mengeringkan luka dengan cara mengambil kasa steril dengan pinset anatomis lalu kasa steril ditekan pelan-pelan sehingga luka benar-benar dalam kondisi kering.</li> <li>9. Memberikan obat topical (silver sulfadiazin) sesuai luas luka dengan menggunakan dua jari yang telah diolesi obat tersebut.</li> <li>10. Menutup luka dengan kasa steril.</li> <li>11. Memasang plester dengan digunting sesuai ukuran dan ditempelkan di atas kasa steril.</li> <li>12. Menjelaskan bahwa perawatan luka telah selesai.</li> <li>13. Membersihkan alat medis (lihat SOP Sterilisasi).</li> <li>14. Membersihkan sampah medis (lihat SOP Membuang Sampah Medis).</li> <li>15. Mengobservasi keadaan umum pasien : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tekanan darah, nadi, suhu dan pernafasan</li> <li>b. Posisi jarum infus, kelancaran tetesan infus.</li> <li>c. Melaporkan segera kepada dokter bila terdapat perubahan keadaan umum</li> </ol> </li> </ol>		
<b>D</b>	<p><b>EVALUASI</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi jalan napas atas dan bawah</li> <li>2. Catat adanya luka bakar pada wajah, bulu hidung yang terbakar, edema faring dan/atau sputum nasal, kemerahan pada selaput mukosa, adanya sputum yang berwarna kehitaman</li> <li>3. Buat catatan khusus tentang awal terjadi pembengkakan pada wajah, serak, ada disorientasi. Bila pasien memperlihatkan tanda-tanda dan gejala-gejala tersebut, siapkan untuk melakukan intubasi dan ventilator buatan yang mungkin.</li> <li>4. Monitor status kesehatan pasien dan lakukan beberapa pemeriksaan analisis gas darah darah arteri</li> <li>5. Berikan terapi oksigen seperti yang diinstruksikan; observasi</li> </ol>		



	apakah tanda-tanda vital pasien stabil dan nilai analisa gas darah pasien dapat diterima 6. Berikan aliran yang tinggi seperti yang diinstruksikan untuk pasien yang menderita keracunan karbon monoksida		
<b>E</b>	<b>DOKUMENTASI</b> 1. Pengkajian awal dan pengkajian lanjutan dengan penekanan pada status jalan napas dan luka bakar 2. Prosedur tindakan respons pasien		

**Rekomendasi Pembimbing :**


.....  
.....

Nilai :


Jakarta, .....  
Pembimbing

(.....)

## PERSIAPAN OPERASI CITO

<b>Definisi</b>	Operasi yang tidak di rencanakan dan harus segera dilakukan untuk menyelamatkan nyawa dan fungsi organ tubuh	
<b>Tujuan</b>	Sebagai acuan langkah-langkah pasien yang perlu operasi cito	
<b>Indikasi</b>	Pasien dengan operasi segera	
<b>Kontraindikasi</b>	Pasien menolak	
<b>Hal-hal yang perlu diperhatikan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jangan izinkan pengunjung menyentuh luka atau perban bedah pasien.</li> <li>2) Mintalah orang-orang yang menjenguk untuk membersihkan tangan mereka sebelum dan sesudah mengunjungi pasien.</li> <li>3) Pastikan pasien memahami cara merawat luka sebelum meninggalkan fasilitas medis.</li> <li>4) Selalu bersihkan tangan sebelum dan sesudah merawat luka.</li> <li>5) Pastikan pasien tahu siapa yang harus dihubungi jika ia memiliki pertanyaan atau masalah setelah pulang operasi.</li> </ol>	
<b>Masalah Keperawatan yang terkait</b>	Gangguan Integritas Kulit	



<b>Referensi</b>	<b>Laporan Prosedur Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana</b>	 <p>Sumber : Zaid, 2019,</p>
------------------	---	---

## PROSEDUR PERSIAPAN OPERASI CITO

Nama : .....

NIM : .....

No	K o m p o n e n	Nilai	
		Ya	Tidak
<b>A</b>	<b>PENGKAJIAN:</b> 1. Kaji kesiapan pasien untuk operasi 2. Kaji tanda-tanda vital 3. Inform Consent		
<b>B</b>	<b>PERENCANAAN :</b> <b>Persiapan alat</b> 1. Inform Consent 2. APD 3. Peralatan Operasi <b>Persiapan pasien</b> 1. Jelaskan prosedur pada pasien 2. Puasa jika perlu		
<b>C</b>	<b>IMPLEMENTASI :</b> 1. Menjelaskan kepada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan. 2. Dokter jaga memberitahu pasien (jika sadar) dan keluarga tentang perlunya operasi cito. 3. Dokter jaga segera mengkonsultasikan ke dokter spesialis yang terkait yaitu dokter spesialis bedah dan dokter spesialis anestesi konsul cito harus dilakukan saat pasien masih berada di IGD. 4. Dokter spesialis anestesi dapat memberikan instruksi melalui telepon dan bila tidak berhalangan dapat datang segera ke IGD untuk memeriksa kondisi pasien dan hasil laboratorium, sesingkat mungkin. 5. Jika pasien dan keluarga setuju dilakukan operasi cito maka pasien atau keluarga harus menandatangani persetujuan tindakan medik dan persetujuan pembiusan dan disaksikan oleh keluarga dan perawat. 6. Jika keluarga pasien tidak ada dan pasien tidak sadar, perawat IGD akan melapor ke supervisor yang bertugas, dan supervisor akan		



	<p>melaporkan ke wadir supaya mengetahui dan menyetujui tindakan operasi dan anestesi.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Pasien yang akan di operasi bila mungkin puasa <math>\pm</math> 6 jam (dewasa) dan <math>\pm</math> 4 jam (bayi/anak-anak).</li> <li>8. Persiapan dan Perawatan Pre Operasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberian pendidikan kesehatan pre operasi.</li> <li>2. Persiapan diet</li> <li>3. Persiapan kulit</li> <li>4. Latihan napas dan latihan batuk</li> <li>5. Latihan kaki</li> <li>6. Latihan mobilitas</li> <li>7. Pencegahan cedera</li> </ol> </li> <li>9. Pemberian pendidikan kesehatan pre operasi. Informasi tersebut diantaranya tentang jenis pemeriksaan yang dilakukan sebelum bedah, alat-alat khusus yang di perlukan, pengiriman ke kamar bedah, ruang pemulihan, dan kemungkinan pengobatan setelah bedah.</li> <li>10. Persiapan diet 8 jam sebelum bedah tersebut dilakukan, pasien tidak diperbolehkan makan. Sedangkan cairan tidak diperbolehkan 4 jam sebelum operasi, sebab makanan dan cairan dalam lambung dapat menyebabkan aspirasi.</li> <li>11. Persiapan kulit membebaskan daerah yang akan dbedah dari mikroorganisme dengan cara menyiram kulit dengan sabun heksaklorin atau sejenisnya yang sesuai dengan jenis pembedahan. Bila pada kulit terdapat rambut, maka harus di cukur.</li> <li>12. Latihan napas dan latihan batuk Latihan ini dilakukan untuk meningkatkan kemampuan pengembangan paru-paru. Pernapasan yang dianjurkan adalah pernapasan diafragma</li> <li>13. Latihan kaki Latihan ini dapat dilakukan untuk mencegah dampak tromboflebitis.</li> <li>14. Latihan mobilitas Latihan ini dilakukan untuk mencegah komplikasi sirkulasi, mencegah dekubitus, merangsang peristaltik, serta mengurangi adanya nyeri.</li> <li>15. Pencegahan cedera Untuk mengatasi risiko terjadinya cedera</li> </ol>		
--	--	--	--



<b>D</b>	<b>EVALUASI</b> 1. Respon pasien 2. Cek nadi 3. Cek napas 4. Cek frekuensi napas		
<b>E</b>	<b>DOKUMENTASI</b> 1. Waktu pelaksanaan 2. Catat respon pasien sebelum dan setelah tindakan dilakukan 3. Catat hasil pengukuran tanda-tanda vital 4. Nama perawat yang melaksanakan		

**Rekomendasi Pembimbing :**

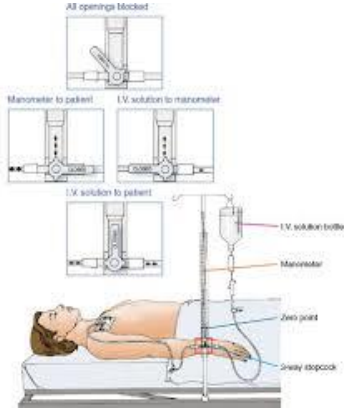
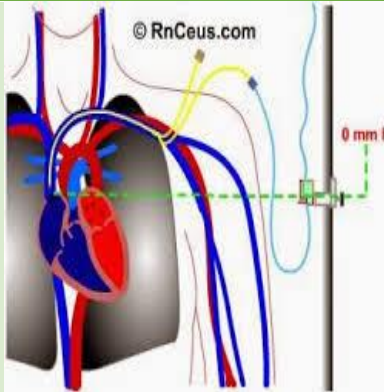

.....  
.....

**Nilai :**

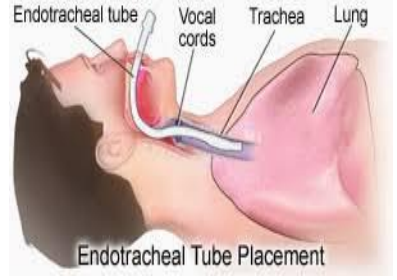
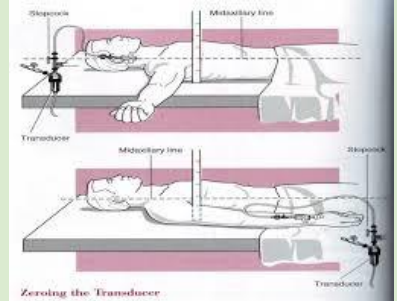

**Jakarta, .....  
Pembimbing**

**(.....)**

## MONITORING CVP

<b>Definisi</b>	<p>Tekanan darah di vena kava. Ini memberikan informasi tentang tiga parameter volume darah, keefektifan jantung sebagai pompa, dan tonus vaskular. Tekanan vena central dibedakan dari tekanan vena perifer, yang dapat merefleksikan hanya tekanan lokal.</p>	 <p>Sumber : Wordpress, 2017</p>
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sebagai pemantauan tekanan vena sentral terkait status cairan dan oksigenasi tubuh</li> <li>2. Memberikan cairan dalam jumlah yang banyak dan dalam waktu yang relative singkat</li> <li>3. Untuk memberikan nutrisi via parenteral</li> <li>4. Untuk memasukkan obat</li> </ol>	 <p>Sumber :Fijay, 2019</p>
<b>Indikasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pengambilan darah untuk pemeriksaan laboratorium.</li> <li>2) Pengukuran oksigenasi vena sentral.</li> <li>3) Nutrisi parenteral dan pemberian cairan hipertonik atau cairan yang mengiritasi yang perlu pengenceran segera dalam sistem sirkulasi.</li> <li>4) Sebagai jalan masuk vena bila semua tempat IV lainnya telah lemah.</li> <li>5) Pasien dengan trauma berat disertai dengan perdarahan yang banyak yang dapat menimbulkan syok.</li> </ol>	 <p>Sumber : Wordpress, 2017</p>

	<p>6) Pasien dengan tindakan pembedahan yang besar seperti open heart, trepanasi.</p> <p>7) Pasien dengan kelainan ginjal (ARF, oliguria).</p> <p>8) Pasien dengan gagal jantung.</p> <p>9) Pasien yang diberikan tranfusi darah dalam jumlah yang besar (transfusi masif).</p> <p>10) Monitor status volume cairan dan fungsi ventrikel</p> <p>11) Acuan untuk pemberian cairan, diuretic dan obat – obat vasoaktif jika alat monitor invasif lain tidak ada.</p> <p>12) Pemberian obat yang cenderung menyebabkan phlebitis dalam vena perifer (caustic), seperti: calcium chloride, chemotherapy ,hypertonic saline, potassium chloride, amiodarone</p>	
<b>Kontraindikasi</b>	<p>1. Peningkatan CVP menunjukkan peningkatan cardiac output, infark / gagal vntrikel kanan, meningkatnya volume vaskular, perikarditis, konstrikatif dan hipertensi pulmonal. Hasil pengukuran CVP, menunjukkan peningkatan <i>false</i> (salah) jika pada kondisi COPD, tension pneumothoraks, ventilasi tekanan positif.</p> <p>2. Dislokasi ujung kateter jalur vena cava superior mengakibatkan hasil tidak akurat.</p> <p>3. Penurunan CVP dapat terjadi akibat hipovolemia, vasodilatasi akibat obat dan syok dari berbagai penyebab.</p>	
<b>Hal-hal yang perlu diperhatikan</b>	<p>1. Mengadakan persiapan alat – alat</p> <p>2. Pemasangan manometer pada standard infus</p> <p>3. Menentukan titik nol</p> <p>4. Memasang cairan infus</p> <p>5. Fiksasi</p>	

	6. Fisioterapi dan mobilisasi	 <p>Endotracheal Tube Placement</p> <p>Sumber : Tiffany, 2019</p>
<b>Masalah Keperawatan yang terkait</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Nyeri berhubungan dengan kerusakan kontinuitas jaringan yang ditandai dengan luka insisi pada pemasangan kateter vena</li> <li>2) Gangguan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan suplai oksigen pada ekstermitas yang di tandai dengan sianosis</li> <li>3) Resko infeksi berhubungan dengan <i>port de entrée</i> mikroorganisme yang ditandai dengan kemerahan, pembekakan dan peningkatan suhu pada area sekitar insisi</li> </ol>	 <p>Zeroing the Transducer</p> <p>Sumber : Ika, 2019</p>
<b>Referensi</b>	<p><b>Laporan Prosedur Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana</b></p> <p><a href="http://kolangmanise.com/2012/11/central-venous-pressure.html">http://kolangmanise.com/2012/11/central-venous-pressure.html</a></p>	 <p>Sumber : Zaid, 2019,</p>

## PROSEDUR TINDAKAN MONITORING CVP

Nama : .....

NIM : .....

No	K o m p o n e n	Nilai	
		Ya	Tidak
<b>A</b>	<b>PENGKAJIAN</b> 1. Kaji adanya kebutuhan pemasangan CVP dan pengukuran CVP		
<b>B</b>	<b>PERENCANAAN</b> <b>Persiapan alat</b> 1. CVP manometer 2. Cairan dan selang IV 3. Alat tulis  <b>Persiapan pasien</b> 1. Atur posisi pasien 2. Jelaskan prosedur tindakan yang akan diberikan		
<b>C</b>	<b>IMPLEMENTASI</b>  1. Stopcock off ke manometer, isi selang dengan cairan 2. Infuse : sambungkan selang manometer ke jalur vena central lalu alirkan untuk cek kepatenan 3. Letakkan manometer air sejajar titik 0, yaitu ICS 4 Linea Midaxilaris 4. Stopcock off kearah pasien. Isi manometer dengan cairan infuse sampai dengan 25 cm. hati-hati jangan sampai manometer terisi cairan yang berlebihan 5. Stopcock off ke infuse sehingga cairan akan turun berfluktuasi sesuai dengan pernafasan 6. Ukur CVP saat cairan berhenti (stabil). Perhatikan cara melihat		



	ukuran CVP		
<b>D</b>	<b>EVALUASI</b>  1. Lihat kembali posisi vena central, adanya sumbatan atau perdarahan 2. LAPorkan adanya hasil ukuran CVP yang tidak normal		
<b>E</b>	<b>DOKUMENTAS</b> 1. Waktu pelaksanaan tindakan 2. Catat hasil pengukuran CVP pada pasien posisi normal 5-10 cmH <sub>2</sub> O sedangkan pada pasien dengan penggunaan ventilator akan naik 3-5 cmH <sub>2</sub> O 3. Nama perawat yang melaksanakan		

**Rekomendasi Pembimbing :**

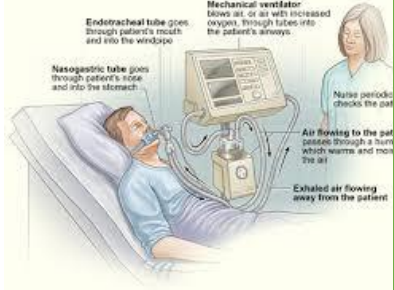

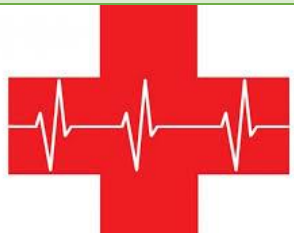
.....  
.....

Nilai :

Jakarta, .....  
Pembimbing

(.....)

## VENTILATOR MEKANIK

<b>Definisi</b>	Ventilator adalah mesin yang berfungsi untuk menunjang atau membantu pernapasan. Ventilator sering kali dibutuhkan oleh pasien yang tidak dapat bernapas sendiri, baik karena suatu penyakit atau karena cedera yang parah.	 <p>Sumber : SP, 2019</p>
<b>Tujuan</b>	Agar pasien mendapat asupan oksigen yang cukup.	 <p>Sumber : Cekaja, 2019</p>
<b>Indikasi</b>	Henti jantung (cardiac arrest), henti nafas (respiratory arrest), hipoksemia yang tidak teratasi dengan pemberian oksigen non-invasif	 <p>Sumber : Trubus, 2019</p>
<b>Kontraindikasi</b>	Pasien menolak	
<b>Hal-hal yang perlu diperhatikan</b>	diwaspadai saat monitoring pada pemberian ventilasi mekanik adalah terjadinya apnea saat diberikan mode assist dan terjadinya respiratory distress yang mendadak (saat sedang diberikan ventilasi mekanik).	
<b>Masalah Keperawatan yang terkait</b>	Gangguan Sistem Sirkulasi Koroner (Infark Miokard Akut)	



		 <p>Sumber : Halodoc, 2019,</p>
<b>Referensi</b>	<b>Laporan Prosedur Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana</b>	 <p>Sumber : Zaid, 2019,</p>

## PROSEDUR TINDAKAN VENTILATOR MEKANIK

Nama : .....

NIM : .....

No	K o m p o n e n	Nilai	
		Ya	Tidak
<b>A</b>	<b>PENGKAJIAN</b>  1. Kaji indikasi akan pemasangan ventilator mekanik		
<b>B</b>	<b>PERENCANAAN</b>  <b>Persiapan alat</b>  1. Set intubasi 2. Bag – valve mask dengan reservoir oksigen terhubung ke tabung oksigen 3. Set suction 4. Sumber oksigen untuk ventilator 5. Sumber udara bertekanan 6. Humidifier 7. Sirkuit ventilator untuk mensuplai oksigen ke pasien  <b>Persiapan pasien</b>  1. Intubasi pasien / buka jalan nafas pasien dengan tindakan bedah		
<b>C</b>	<b>IMPLEMENTASI</b>  1. Hubungkan ventilator dengan sumber oksigen. Nyalakan mesin dan cek peralatan berfungsi dengan benar sesuai manual 2. Atur FiO <sub>2</sub> biasanya di UGD diatur pada ukuran 100%. Tergantung pada penampilan klinis dan fisiologi pasien 3. Atur tidal volume berdasarkan BB pasien (12-15 ml/kg) 4. Atur kecepatan pernafasan berdasarkan usia dan kondisi klinis pasien (dewasa 10-12, anak 14-24, infant 20-40) 5. Atur mode ventilator (CMV = controle mode, AC = assist control mode, IMV = intermittent mandatory dan SIMV = synchronous intermittent mandatory)		

	6. Hubungkan ETT ke ventilator 7. Hati-hati saat menghubungkan udara bertekanan karena dapat menyebabkan barotraumas atau masalah pernafasan 8. Konsulkan ke ahli terapi pernafasan bila akan memberikan tekanan pada jalan nafas. Jika tidak memungkinkan, PEEP harus dimulai di angka 5 cmH <sub>2</sub> O atau kurang, dan tekanan maksimum adalah 6 – 10 cmH <sub>2</sub> O 9. Untuk mengevaluasi kondisi klinis pasien AGD harus diperiksa 15-30 menit setelah pasien dihubungkan ke ventilator. Set ventilator harus disesuaikan dengan indikasi		
<b>D</b>	<b>EVALUASI</b> 1. Periksa adekuasi ventilasi pasien melalui tanda subyektif maupun obyektif. 2. Periksa tanda-tanda komplikasi penggunaan ventilator mekanik : barotraumas, peningkatan tekanan intratorakal, “fighting” dan selang yang bergeser.		
<b>E</b>	<b>DOKUMENTASI</b> 1. Waktu pelaksanaan tindakan 2. Catat penggunaan ventilator mekanik : settingan yang digunakan, respon pasien dan komplikasi yang terjadi. 3. Nama perawat yang melaksanakan		

**Rekomendasi Pembimbing :**

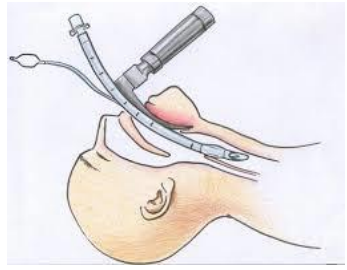
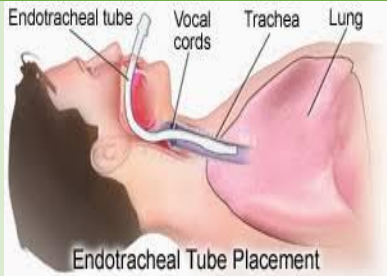
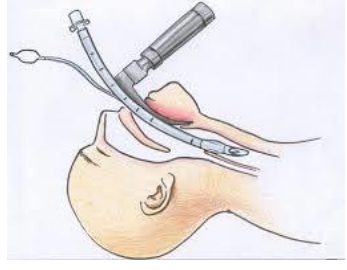
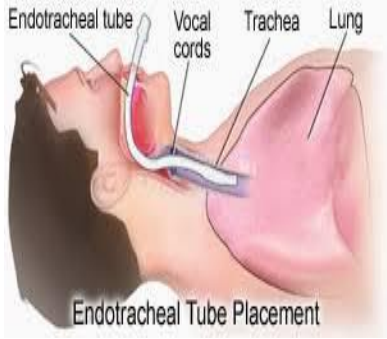
.....  
 .....

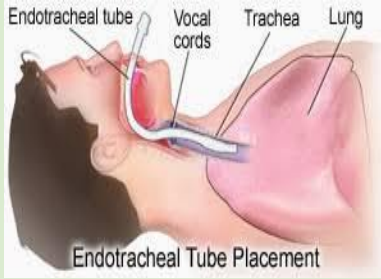

Nilai :

Jakarta, .....  
 Pembimbing

(.....)

## EKSTUBASI

<b>Definisi</b>	Tindakan pencabutan pipa endotrakea. Ekstubasi dilakukan pada saat yang tepat bagi pasien untuk menghindari terjadinya reintubasi dan komplikasi lain.	 <p>Sumber : Infokes, 2017</p>
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Minimalisasi komplikasi yang mungkin timbul</li> <li>2. Pemantauan dini komplikasi dan penatalaksanaan segera dari komplikasi yang timbul</li> <li>3. Keamanan dan kenyamanan pasien terjamin selama pelaksanaan prosedur</li> </ol>	 <p>Sumber : Tifanny, 2019</p>
<b>Indikasi</b>	Indikasi primer untuk melakukan ekstubasi adalah penyembuhan proses primer yang membutuhkan pipa endotrakeal ( ETT )	 <p>Sumber : Infokes, 2017</p>
<b>Kontraindikasi</b>	-	
<b>Hal-hal yang perlu diperhatikan</b>	Kepatenan jalan nafas, reflek batuk spontan, tidak ada pemakaian sedasi, sekret tidak berlebih, dan haemodinamik dalam keadaan stabil.	 <p>Sumber : Tifanny, 2019</p>

<p><b>Masalah Keperawatan yang terkait</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pola napas tidak efektif</li> <li>2. Bersihan jalan napas tidak efektif</li> <li>3. Pertukaran Gas</li> </ol>	 <p>Sumber : Tiffany, 2019</p>
<p><b>Referensi</b></p>	<p><b>Laporan Prosedur Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana</b></p>	 <p>Sumber : Zaid, 2019,</p>

## PROSEDUR TINDAKAN MERAUAT PASIEN UNTUK EKSTUBASI ETT

Nama : .....

NIM : .....

No	K o m p o n e n	Nilai	
		Ya	Tidak
<b>A</b>	<b>PENGKAJIAN:</b> 1. Kaji kesiapan pasien untuk ekstubasi 2. Kaji tanda-tanda vital		
<b>B</b>	<b>PERENCANAAN :</b> <b>Persiapan alat</b> 1. Peralatan suction, kateter suction oral 2. Sarung tangan bersih 3. Sarung tangan steril 4. Peralatan oksigen dan selang oksigen 5. Spuit 5 cc <b>Persiapan pasien</b> 1. Jelaskan prosedur pada pasien 2. Berikan posisi semifowler		
<b>C</b>	<b>IMPLEMENTASI :</b> 1. Cuci tangan dan gunakan sarung tangan 2. k/p lakukan suction melalui mulut dan hidung 3. Anjurkan pasien untuk tarik nafas dalam 4. Kempeskan cuff dengan spuit / potong 5. Lepaskan ikatan selang trakeal 6. Lepaskan sarung tangan dan gunakan sarung tangan steril 7. Hubungkan kateter steril kea lat suction 8. Masukkan kateter suction ke jalan nafas sampai dengan tidak dapat dimasukkan lagi 9. Lakukan suction secara cepat		



	10. Anjurkan pasien untuk tarik nafas dalam 11. Lakukan suction sambil mengeluarkan selang trakeal dalam waktu yang bersamaan 12. Berikan oksigen sesuai dengan kebutuhan 13. Monitor tanda-tanda vital secara ketat 14. Bereskan alat dan lepaskan sarung tangan 15. Cuci tangan		
<b>D</b>	<b>EVALUASI</b> 1. Respon pasien 2. Cek nadi 3. Cek napas 4. Cek frekuensi napas 5. Cek kepatenan napas pasien 6. Keluhan sesak, batuk dan nyeri bila menelan		
<b>E</b>	<b>DOKUMENTASI</b> 1. Waktu pelaksanaan 2. Catat respon pasien sebelum dan setelah tindakan dilakukan 3. Catat hasil pengukuran tanda-tanda vital 4. Catat keluhan pasien dan dosis oksigen yang diberikan 5. Nama perawat yang melaksanakan		

**Rekomendasi Pembimbing :**

.....  
.....

**Nilai :**

**Jakarta, .....  
Pembimbing**

**(.....)**



Prodi Diploma Tiga Keperawatan  
Fakultas Vokasi UKI